Анастасия Пилипенко
Человек безумный. Самые распространенные психические заболевания: от первых опытов лечения до современных клинических случаев

Доктора рунета. О здоровье понятным почерком –



«Человек безумный. Самые распространенные психические заболевания: от первых опытов лечения до современных клинических случаев / Анастасия Пилипенко»: Эксмо; Москва; 2021
ISBN 978-5-04-158311-8

Аннотация

Психические нарушения всегда влекли людей. Конечно, никто не хотел бы оказаться под их влиянием, но кто хоть раз не задумывался, каково это? Что чувствуют люди с боязнью открытых пространств или шизофренией? Что значит ощущать себя как отдельный объект?

Обо всем этом, о мифах, а также о том, как менялось представление науки о психике, расскажет Анастасия Пилипенко.

Анастасия Пилипенко
Человек безумный. Самые распространенные психические заболевания: от первых опытов лечения до современных клинических случаев

Книга посвящается моим родителям – профессионалам своего дела и врачам с большими сердцами

Серия Доктора рунета. О здоровье понятным почерком

Об авторе

Рада с вами познакомиться! Меня зовут Анастасия Пилипенко, я врач-психиатр и психолог из холодного сибирского городка и вот уже больше 8 лет стою на страже психического здоровья людей. С любовью и благодарностью вспоминаю свой жизненный путь и то, как пришла в медицину.

Я родилась в семье врачей: папа работал терапевтом, мама – психиатром. С самого детства я увлекалась биологией и психологией. В 12–13 лет моими настольными книгами были медицинские энциклопедии и справочники. С каким интересом я изучала красочные картинки и схемы, пыталась понять суть заболеваний! Любовь к чтению мне привила мама, в нашей небольшой квартире на полках стояли сотни книг по медицине, которые я листала с упоением. Родители для меня были (и являются до сих пор) примером безграничной самоотдачи и альтруизма.

С 14 лет я всей душой мечтала помогать людям. В школьные годы приходилось много учиться, ходить на дополнительные занятия в университете и участвовать в олимпиадах по биологии, экологии, литературе (может быть, именно поэтому вы сейчас читаете мою книгу). Желание лечить людей, быть полезной обществу привело меня к поступлению в медицинскую академию.

Шесть лет учёбы пролетели на одном дыхании. Бессонные ночи над учебниками, ранние лекции и практика в больницах города, мудрые преподаватели – такими мне запомнились студенческие годы. Было непросто, но государственные экзамены я сдала на «отлично» и уже точно знала, кем хочу, стать «когда вырасту» – врачом-психиатром.

Год в интернатуре дал мне глубокие знания психиатрии, клиническую практику и привил истинную любовь к профессии. Я благодарю всех моих учителей, начиная со школьной скамьи, за терпение, щедрость, с которой они делились знаниями и умениями, за

развитие самого настоящего клинического мышления, которое так необходимо каждому врачу.

В дальнейшем я работала врачом-психиатром в нескольких отделениях Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова. С 2012 года помогаю самым разным людям, столкнувшимся с тяжёлыми жизненными обстоятельствами, делаю всё возможное, чтобы мои пациенты достигали душевного благополучия. Я усердно работаю, много учусь, регулярно повышая свою квалификацию.

Также я сертифицированный практик по нейролингвистическому программированию, сказкотерапевт Европейской школы психологии, автор книги «Человек безумный. Самые распространенные психические заболевания: от первых опытов лечения до современных клинических случаев» и программ и курсов «Возрождение», «Пробуждение», «Скажи чувствам «Да», психологического онлайн-клуба. За время моей практики я провела более 2500 индивидуальных консультаций очно и онлайн.

Я всегда готова вам помочь в любой трудной жизненной ситуации! Обращайтесь!

Мои контакты:



Предисловие

Душа – самый невероятный и непонятный феномен человеческого организма. Известная русская пословица гласит: «Чужая душа – потемки». Невозможно полностью узнать человека, его внутренний мир, мысли, переживания, фантазии. То, о чем мы не знаем, часто является не только загадочным, но и пугающим, а мы, люди, не очень любим «бояться», поэтому с давних пор стремились познать природу души, ее «локализацию» и материальный субстрат.

Благодаря изучению вопросов душевной организации и неиссякаемому интересу к этой сфере, в медицине сформировалось отдельное направление – психиатрия. Науке о душевном здоровье отводится значимое место среди других научных дисциплин.

Я работаю врачом-психиатром и психологом более восьми лет и занимаюсь эффективной терапией расстройств психической сферы: депрессии, страхов, тревоги, панического расстройства, деменции, органической патологии, психотических нарушений. Каждый день пациенты задают мне множество вопросов о психическом здоровье! Эта книга посвящена самым интересным темам психиатрии. В ней вы не найдете вымысла, только факты и мой личный клинический опыт.

Даже далекие от медицины люди много знают о проявлениях стресса, хронической усталости – в которых, стоит отметить, пребывает подавляющее число работающих людей, о недостатке витаминов и солнечного света, пагубном влиянии на здоровье экологии, ненормированном дне, последствиях нарушения режима сна и бодрствования. При этом мало кто по-настоящему прислушивается к потребностям своего организма и соблюдает простейшие правила предупреждения хронических заболеваний, в том числе психических.

О психических заболеваниях не принято открыто говорить в обществе, и я считаю такую тактику в корне неверной. Люди, как правило, мало осведомлены о вопросах здоровья, особенно – психического. Если вы читаете эту книгу, наверняка вы – человек, который находится в поиске. В поиске новой информации, ответов на вопросы, которые, возможно, боялись или стеснялись задать врачу.

Книга будет полезна тем, кто хочет разобраться, как устроен его организм. Она состоит из отдельных глав о психических расстройствах, которые часто встречаются в практике

врача-психиатра. Прочитав ее, вы узнаете, что такое агорафобия, как проявляется шизофрения, можно ли вылечить панические атаки, чем опасны психопаты, как справиться с навязчивыми мыслями и многое другое.

В каждой главе я постаралась максимально доступно и понятно осветить вопросы возникновения психических расстройств, причин и механизмов развития патологии, клинической симптоматики, классификации, диагностики, терапии. Отношение общества к психическим заболеваниям в разные исторические эпохи менялось, и те состояния, которые когда-то даже не считались болезнями, в настоящее время занимают свое место в перечнях психических расстройств.

Советы и рекомендации по само- и взаимопомощи, представленные в книге, будут полезны не только заболевшим, но и их близким родственникам, педагогам, психологам. Помните, схемы терапии психических расстройств носят рекомендательный характер, обязательно проконсультируйтесь со своим лечащим врачом. Имена клиентов, о которых я рассказываю в этой книге, изменены, согласия на описания симптомов получены.

Я люблю профессию психиатра всей душой и вижу свою миссию в том, чтобы в мире стало как можно больше счастливых и здоровых людей! Надеюсь, что эта книга поможет вам прикоснуться к неизведанному, приоткрыть завесу тайны человеческой души, эмоций, поступков и погрузиться в увлекательный мир психиатрии. Если вы готовы к новым знаниям, полезным медицинским рекомендациям, откровениям, историям реальных людей – смело переворачивайте страницу.

С уважением,
врач-психиатр, психолог, сказкотерапевт, НЛП-практик
Анастасия Пилипенко

@dr_anastasia_pilipenko

Город, который рождает страх. агорафобия

Иван, 35 лет, в течение 3 лет страдает от панических атак: «При сильной тревоге или приступе паники вдруг ощущаю, что я с этим всем один на один, меня будто засасывает в эту воронку безысходности. Я замираю, и в голове проносятся ужасные мысли о том, что может случиться. Меня начинает трясти, сердце словно скачет, воздуха то совсем не хватает, то слишком много. Я пытаюсь заставить себя успокоиться – безуспешно, мутит, очень кружится голова, все тело немеет. Мысли одна за другой проносятся в голове. Затем я начинаю метаться в поисках помощи, чтобы хоть чуть-чуть снять эту бешеную тревогу».

Именно такие ощущения чаще всего описывают люди во время приступа агорафобии.

Изучение фобий с давних времен привлекало ученых и врачей. Первое упоминание такого заболевания как агорафобия описано в 1621 г. Вне зависимости от того, в каком веке жили люди, агорафобия проявляла себя одинаково: тревогой и яркими вегетативными симптомами.

Основоположник научной психиатрии, немецкий психиатр и невропатолог Вильгельм Гризингер в 1860 г. отмечал у своих пациентов особые приступы тревоги, сердцебиения, головокружения, слабости, онемения рук и ног, ощущения «бабочек в животе», считая их проявлениями эпилепсии. Он полагал, что эта болезнь может проявляться по-разному: совсем незаметно или в виде необычных припадков. Стоит отметить, что в те годы тема связи эпилепсии с психическими расстройствами являлась центральной в многочисленных научных дискуссиях.

Во время обсуждения этого комплекса симптомов Гризингер с коллегами обнаружили одно общее интересное обстоятельство – все такие приступы происходили, как правило, в людных местах – на площадях, рынках. Приступ мог длиться от нескольких минут до

нескольких часов и сопровождаться чувством беспомощности, стыда, неприятными мыслями об оценке окружающих. У человека же, находящегося во время приступа в открытом *безлюдном* пространстве, страх мог быть связан с осознанием того, что никто не сможет оказать ему необходимую помощь.

Несколько позже австрийский врач Мориц Бенедикт продолжил поиск причин этих неоднозначных состояний. Он выдвинул гипотезу о нарушениях органов зрения и глазодвигательных мышц у людей, страдающих от приступов. Человек с подобной патологией испытывает головокружение и тошноту при выходе на открытое пространство, заполненное движущимися в разные стороны объектами: людьми, лошадьми, каретами. Соответственно, лечить приступы предполагалось хирургически, как и обычных больных с нарушениями зрения, как и при параличе глазодвигательных мышц. Под общим наркозом врачи проводили манипуляции с глазными мышцами и сухожилиями (определенные группы мышц сшивались особым образом) в попытках избавить человека от этих неприятных ощущений.

В 1872 г. немецкий врач и реформатор психиатрии Карл Вестфаль предложил научному сообществу термин «агорафобия» (от древнегреческого «*агора*» – базар, рынок и «*фобос*» – страх) для описания болезненного состояния паники, которое испытывали его пациенты. При изучении болезни на первое место Вестфаль ставил тревогу, которая являлась постоянным и верным спутником этого расстройства. Пациенту стоило только подумать о предстоящем выходе на площадь, как начинался приступ. Статья Вестфаля «Агорафобия, нейропатический симптом» содержала подробное описание нескольких клинических случаев со схожей симптоматикой. Однотипные приступы возникали у трех его пациентов при пересечении разных площадей Берлина.

КСТАТИ, БЫЛО ВРЕМЯ, КОГДА ЭТОТ ТЕРМИН – «АГОРАФОБИЯ» – ХАРАКТЕРИЗОВАЛ СОЦИАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ТОПОГРАФИЕЙ. ПЕРВЫЕ ОПИСАНИЯ ИМЕННО АГОРАФОБИИ ПОЯВЛЯЛИСЬ В БЫСТРОРАСТУЩИХ И РАЗВИВАЮЩИХСЯ ГОРОДАХ ЕВРОПЫ, ТАКИХ КАК ПАРИЖ, БЕРЛИН, ВЕНА. АРХИТЕКТОРЫ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ВОПРОСАМИ ГРАДОСТРОИТЕЛЬСТВА И УРБАНИСТИКИ, ПРИМЕНЯЛИ ТЕРМИН «АГОРАФОБИЯ» ПРИ КРИТИКЕ ПЛАНОВ СТРОЯЩИХСЯ ГОРОДОВ: «СОВРЕМЕННЫЕ ГОРОДА НАСТОЛЬКО ПЛОХО СПЛАНИРОВАНЫ, ЧТО ДАЖЕ ПОЯВИЛАСЬ БОЛЕЗНЬ, ПРИ КОТОРОЙ ЛЮДЯМ СТРАШНО ВЫХОДИТЬ НА ЭТИ УЖАСНЫЕ НОВЫЕ ПЛОЩАДИ» (КАМИЛЛО ЗИТТЕ «ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ОСНОВЫ ГРАДОСТРОИТЕЛЬСТВА»,1889 г.).

Однако возникновение симптомов не было ограничено городскими или рыночными торговыми площадями – это были лишь частные случаи проявления заболевания. Предугадать развитие симптоматики невозможно, состояние страха и паники возникает стремительно, внезапно, независимо от воли и желания человека. В определенных ситуациях – своих для каждого больного – запускается так называемый триггерный механизм – особый вариант реагирования организма на стрессовые факторы. Он прочно закрепляется в сознании человека, вызывая беспокойство каждый раз, когда возникает одна только мысль о пребывании в подобных обстоятельствах (это состояние называется тревогой ожидания). У одного из пациентов Вестфаля панические атаки возникали во время прогулок по улице, у другого – при нахождении в театре, у третьего – при посещении собраний и лекций.

В 1878 г. Анри Легран-дю-Соль, выдающийся французский психиатр, предложил обозначать состояния, которые немецкие врачи уже называли агорафобией, как «страх пространства». Этот термин включал в себя разнообразные случаи восприятия окружающего пространства, вызывающие тревогу.

Интересный факт – всемирно известный психоаналитик Зигмунд Фрейд в юношестве тоже страдал агорафобией, но со временем у него остались лишь отголоски этого состояния, которые, тем не менее, влияли на активность жизни врача (об этом он рассказывал своему ученику Теодору Райку). В своих работах Фрейд описывал тему агорафобии как страх

возможностей или искушений, которые таит в себе мир за пределами дома, и рассматривал это состояние через призму своих представлений о либидо, бессознательном вытеснении. «Случай маленького Ганса» (1909 г.) – одна из широко известных его работ. Мальчику Гансу было 5 лет, он отказывался выходить на улицу, опасаясь, что его может укусить лошадь. Терапия, предложенная Фрейдом, относилась к разрешению возрастного кризиса мальчика. Он выдвинул теорию, что защитные механизмы Ганса сработали таким образом, что внутренняя тревога из-за рождения младшей сестры, нарушения привычного равновесия в семейных отношениях, кризиса жизненного цикла мальчика превратилась во «внешнюю опасность» – страх улицы. Идеи и принципы Фрейда, которые он применил в этом случае, в последующем нашли широкое применение в семейной терапии.

В те времена психиатры практиковали два вида лечения: гипноз и электричество, и эти диаметральные по механизмам воздействия методы далеко не всегда приводили к успешному излечению от агорафобии. Такая «перезагрузка» мозга, пожалуй, была оправдана только в крайне тяжелых случаях, когда все остальные, не столь радикальные способы лечения не приносили результатов. Механизм действия электросудорожной терапии до конца неизвестен. Предполагается, что электрошок вызывает увеличение выброса катехоламинов: норадреналина, дофамина, изменяет чувствительность и увеличивает число рецепторов к данным нейротрансмиттерам. Перезагрузка нейронных сетей головного мозга под действием электрического тока при электросудорожной терапии похожа на то, как мы перезагружаем компьютер при неполадках, что чревато потерей памяти разной степени выраженности – от лёгких до тяжёлых нарушений.

Фрейд же долго и обстоятельно беседовал со своими пациентами, помогая избавиться от страхов и других психических расстройств. В одной из глав знаменитого «Введения в психоанализ» (1917 г.) Зигмунд Фрейд отмечает: «Остается группа фобий, которые мы вообще не можем понять. Если крепкий взрослый мужчина не может от страха перейти улицу или площадь хорошо ему знакомого родного города, то какую же мы можем здесь установить связь с опасностью, которая, очевидно, все-таки существует для страдающих фобиями? В отношении мужчины, страдающего страхом улиц или площадей, мы можем дать единственное объяснение, что он ведет себя, как маленький ребенок. Благодаря воспитанию ребенка непосредственно приучают избегать таких опасных ситуаций, и наш агорафобик действительно освобождается от страха, если его кто-нибудь сопровождает при переходе через площадь».

Первоначальный смысл термина «агорафобия» как страха открытых пространств со временем был утрачен, и это определение стало включать в себя целый ряд схожих фобий, так называемых фобий положения: клаустрофобию, страх транспорта, толпы и т. д.

Не так давно ко мне обратился человек, агорафобия у которого проявлялась не только невозможностью находиться в больших магазинах – он еще и не мог ездить в лифте, не впадая в панику. И все бы ничего, если бы у него не появилась новая возлюбленная, живущая на 25-м этаже! Каждая встреча превращалась в пытку, ведь до квартиры приходилось добираться пешком. После 2 недель столь интенсивных нагрузок мужчина решился избавиться от страха и обратиться за медицинской помощью.

По своей сути агорафобия представляет собой страх оказаться в ситуации, которая может вызвать панический приступ. Такими типичными обстоятельствами могут стать посещение магазина, поездки на общественном транспорте, нахождение в большом скоплении людей.

Одна из моих пациенток, когда впервые испытала приступ паники, чуть не упала в обморок прямо на работе. После этого случая каждый день, выходя из дома, она испытывала тягостное ощущение тревоги, ожидала новых приступов, которые могут застать ее врасплох прямо перед сослуживцами. Страх усугублял без того натянутые отношения с коллегами. Приступы паники, стоит отметить, возникали только в рабочее время. В итоге женщина приняла решение уволиться, так как вся обстановка напоминала

ей о случившемся.

В настоящий момент агорафобия в Международной классификации болезней (2019 г.) определяется как выраженный и чрезмерный страх или тревога. Это состояние возникает вследствие ожидания чего-то или непосредственно в ситуации вне дома, когда получение помощи затруднительно или недоступно. Представьте, что вы отправились лес и забрели в глухие места. Какие чувства вы испытаете, когда поймете, что на тысячи километров вокруг вас нет ни единой живой души, нет никого, кто бы вам помог, когда станет плохо? Это просто катастрофа! В такие моменты земля словно уходит из-под ног. Именно так воспринимает выход на улицу человек с агорафобией – он «в пустыне» и совсем один. Чувство беспомощности возникает именно из-за *страха* негативных последствий

Стоить отметить, что многие из нас будет испытывать дискомфорт, находясь в месте, где очень шумно, тесно и где какая-то часть людей могут вести себя агрессивно (например, на концерте или спортивном матче). Это связано с базовой потребностью человека – безопасностью. Возникающее опасение вполне логично – в таких местах и ситуациях может существовать реальная угроза для человека. Агорафобия же по своей природе иррациональна, навязчива и возникает внезапно, вне зависимости от внешних обстоятельств.

От своих пациентов, страдающих агорафобией, я часто слышу довольно однотипные фразы о том, что с ними происходит во время приступа: «Умом-то я понимаю, что это не страшно, не несет угрозы для моей жизни и здоровья. Я знаю, что не умру в этот момент. Но сердце начинает бешено колотиться, дыхание перехватывает, руки становятся холодными и все тело покрывается липким потом. В голове туман, и я просто стараюсь как можно скорее выбраться из этого злосчастного места…».

Агорафобия может встречаться как самостоятельное заболевание психики, но в большинстве случаев это состояние является составным синдромом таких психических расстройств, как шизофрения, *шизоаффективное* расстройство, депрессия или паническое расстройство, тесно вплетаясь в общую картину заболевания и утяжеляя прогноз.

Важно уточнить, что далеко не все люди с агорафобией испытывают трудности в работе или учебе, перестают общаться с людьми, замыкаются в своих переживаниях, чувствуя себя неполноценными, «инвалидами». Симптомы агорафобии могут иметь различную степень выраженности. Так, в легких случаях человек спокойно учится, работает, активен в социуме и испытывает дискомфорт лишь в незнакомых местах.

Наша психика устроена таким образом, что негативные стимулы моментально запоминаются и связываются с определенными внешними обстоятельствами. Страх, к примеру, может ассоциироваться с шумом машин, криками людей в толпе или разнонаправленным движением объектов. Соответственно, когда вы оказываетесь в толпе или на открытой местности, память об отрицательном жизненном опыте запускает психические и физиологические реакции организма. При этом четкого осознания причин данного беспокойства у человека, как правило, нет.

Физиология не оставляет ни единого шанса устоять перед волной пронизывающего страха. Вегетативный компонент симптоматики при агорафобии тягостный и неприятный. Он проявляется в виде ощущения нехватки воздуха, усиленных сердцебиения и потоотделения, головокружения, тошноты, тремора, изменения цвета кожных покровов, обморока. В такие моменты возможно появление ощущения нереальности происходящего, изменения собственного тела, страха сойти с ума, потерять контроль над собой и своим телом, страха смерти. Дыхание при приступе поверхностное, неглубокое, из-за чего организм испытывает нехватку кислорода. Головной мозг является самым чувствительным органом к гипоксии. Поэтому моментально включаются механизмы централизации кровообращения, а дыхание становится еще более частым. В кровь выбрасываются гормоны стресса – адреналин и кортизол. Сердце начинает биться сильнее, сосуды сужаются.

Интересно, что точной и однозначной причины агорафобии до сих пор не выявлено. Существует множество теорий, которые дополняют друг друга и представляют агорафобию как многофакторное заболевание. Определенная роль отводится наследственности,

патологии нервной системы вследствие приема алкоголя, наркотических веществ, действия токсинов, инфекционных заболеваний (менингит, энцефалит) – все эти факторы нарушают адаптацию нервной системы, делая ее слабой и неустойчивой к стрессам.

Агорафобия чаще всего возникает в молодом возрасте – от 15 до 25 лет, когда в организме происходят мощные гормональные и физиологические перестройки. Щитовидная железа, надпочечники, гипофиз, гипоталамус и другие органы тела растут неравномерно, и, соответственно, может резко меняться концентрация некоторых гормонов в крови. Нервная система подростков нестабильна, а любой стрессовый фактор может восприниматься как чрезмерный. Непонимание учебных дисциплин, неприятие себя и своего тела, первая неудачная любовь, конфликты с родителями и учителями, трудности общения со сверстниками, прием психоактивных веществ (наркотики и алкоголь) – все это может провоцировать развитие психических расстройств.

Основную роль в возникновении агорафобии играют психотравмирующие обстоятельства. Иррациональный страх толпы или открытого пространства может возникнуть после столкновения с реально существующей опасностью: нахождения в очаге военного конфликта, террористического акта, нападения на улице, дорожно-транспортного происшествия.

В своей практике я часто встречаю мужчин, которые участвовали в военных действиях. Страшные события, когда рядом взрываются снаряды, сослуживцы погибают, а внутри появляется безграничный страх, глубоко впечатываются в психику, при этом переживания оказываются настолько сильны, что срабатывает защитная реакция мозга, и они быстро вытесняются из сознания. И только спустя 10–15 лет после психотравм возникает страх толпы, громких звуков.

Сергей служил в горячей точке, в горах, охранял приграничные территории страны. Это было совсем непросто: тяжелые условия, бессонные ночи и реальная угроза жизни. Самым страшным воспоминанием были обстрелы. Сослуживцы, с которыми он стоял плечом к плечу, падали от пуль и разрывающихся снарядов. В голове ещё долгое время стоял этот непрекращающийся грохот боевых действий.

После окончания срока службы Сергей завел семью, устроился на работу. Прошло 10 лет, и вдруг отголосками прошлого возникли панические атаки. Приступы начинались в метро, Сергею стало казаться, что он как будто задыхается под землей. Затем присоединилась агорафобия, которая вынуждала мужчину искать помощи. Сергей говорил мне, что тогда, на самой войне, страха и паники не было. А гул вагона метро отдаленно стал напоминать свист пуль, что запустило сам механизм паники.

Что интересно – чаще всего (около 70–80 %) от агорафобии страдают именно жители крупных городов. Высокий уровень напряжения, конфликты в семье, отсутствие полноценного отдыха, нехватка сна, нарушение питания являются серьезными негативными предпосылками для возникновения расстройства. Частота приступов может быть различной: от нескольких в день до нескольких в год.

Человек, страдающий агорафобией, сознательно выбирает избегающее поведение. Он намеренно ограничивает возможность ситуаций, которые могут привести к нежелательным переживаниям, страху, панике. Дом же становится той зоной комфорта, где спокойно и уютно. Постепенно сводятся к минимуму посещения общественных мест, сужается круг друзей и знакомых. Приходят тревожное ожидание новых приступов, страх выходить из дома. В итоге человек ограничивает свою жизнь пределами квартиры или даже комнаты.

Несколько лет назад ко мне за помощью обратился Юрий, 40-летний крепкий на вид мужчина. Легкая улыбка на его лице излучала доброжелательность, голос был низким и приятным на слух. Надо сказать, этот человек отличался хорошим чувством юмора и образованностью. Уже по нескольким его фразам было понятно, что вопрос собственного здоровья изучен Юрием досконально, но прохождение всевозможных курсов, медитаций, тренингов не приносило должного успеха и не облегчало состояние, а «снежный ком» проблем лишь увеличивался с каждым годом. Прочитав десятки медицинских книг и немного

разобравшись в психических расстройствах, Юрий посчитал основной своей проблемой именно агорафобию. Впервые страх метро у него возник в 19 лет, когда, будучи юным студентом, он ехал в университет. Юрию всегда нравился шум вагонов и скорость, с которой поезд выезжал из тоннелей прямо к чистым и светлым многолюдным станциям. В тот злополучный день он ехал в метро с другом. Парни весело обсуждали прошедший учебный день, когда состав вдруг резко остановился прямо в тоннеле. Свет погас. Моментально в вагоне стало душно, а через несколько минут началась настоящая паника. Те 20 минут под землей, казалось, тянулись вечность.

Лампочки в вагоне зажглись, поезд медленно начал движение. Чувство беспокойства еще несколько дней мешало Юрию спать по ночам, но спустя несколько недель этот случай забылся. О нем мужчина не вспоминал в течение следующих 20 лет.

Жизнь текла своим чередом: институт, за ним армия, работа, семья, появились дети. Все, казалось, было хорошо, но внезапная ссора с близким человеком и длительный стресс в связи с непростой обстановкой в семье стали мощными пусковыми механизмами для появления тревоги. Юрий перестал выходить из дома без необходимости – только на работу или в магазин. Передвижения по городу были сведены к минимуму.

Общественному транспорту Юрий предпочитал недолгую пешую прогулку до работы и с нее (выбор места работы осуществлялся исходя из максимальной близости к дому). Передвижения на дальние расстояния и даже мысли о них вызывали у моего пациента состояние паники, учащенное сердцебиение, нехватку воздуха, головокружения – вплоть до обмороков. Эти симптомы появлялись периодически на протяжении 13 лет и со временем только становились чаще и интенсивнее. Юрий несколько раз проходил все обследования организма, был постоянным гостем у терапевта и узких специалистов, пытаясь найти причины выматывающих приступов, пока однажды не решился прийти на прием ко мне, врачу-психиатру.

ОБРАТИТЬСЯ К ПСИХИАТРУ – ЭТО ОГРОМНЫЙ ШАГ, ТРЕБУЮЩИЙ СИЛЫ ВОЛИ И ОПРЕДЕЛЕННОЙ СМЕЛОСТИ. К ПРИВЫЧНЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГАМ, НЕВРОЛОГАМ, ОФТАЛЬМОЛОГАМ И Т. Д. ЛЮДИ ОБРАЩАЮТСЯ ОХОТНО, БЕЗ СТЫДА. И ЗНАЕТЕ ЧТО? Я ДУМАЮ, ПСИХИАТР НИЧЕМ НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДРУГИХ ВРАЧЕЙ.

В НАШЕМ ЖЕ ОБЩЕСТВЕ ПО-ПРЕЖНЕМУ БЫТУЕТ МНЕНИЕ, ЧТО ЧЕЛОВЕК, ОБРАТИВШИЙСЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР, ПОСЕТИВШИЙ ПСИХИАТРА ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТА, НЕВМЕНЯЕМЫЙ, ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОЙ. АВТОМАТИЧЕСКИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ КЛЕЙМО, СТИГМА – «ПСИХ», «ДУРАК», «СУМАСШЕДШИЙ». ЭТО ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ТОГО, ЧТО РЕШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ, ЗАТЯГИВАЕТСЯ НА ГОДЫ И ДЕСЯТИЛЕТИЯ, КАК ЭТО И ПРОИЗОШЛО С МОИМ ПАЦИЕНТОМ. ЧТО КАСАЕТСЯ АГОРАФОБИИ – ДАЖЕ НЕСМОТРЯ НА ДЛИТЕЛЬНУЮ СИМПТОМАТИКУ, ОНА ВПОЛНЕ ПОДДАЕТСЯ ТЕРАПИИ. ВАЖНО ВЕРИТЬ В СЕБЯ И ИМЕТЬ ЖЕЛАНИЕ ПРЕОДОЛЕВАТЬ ТРУДНОСТИ.

Юрий прошел полный курс терапии, и агорафобия отступила. Антидепрессанты, которые были назначены ранее, твердо держали настроение, придавали бодрость и уверенность в собственных силах, а с помощью психотерапии удалось избавиться от страхов. Сам Юрий с удивлением отмечал, что триггером, который запускал беспокойство и панику, был именно гул поезда, выезжающего из темного тоннеля. Через несколько недель лечения он решился зайти в метро. Впервые за 20 лет, словно маленький любопытный ребенок, Юрий рассматривал высокие потолки, длинный эскалатор, карту движения поездов и даже проехал несколько остановок. Впечатления захлестывали мужчину, который вновь обрел надежду на свободу.

Диагноз агорафобии выставляет врач-психиатр после беседы с пациентом и его родственниками и ознакомления с сопутствующей медицинской документацией. Согласно

Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), выделяются несколько вариантов агорафобии: с паническим расстройством и без такового.

Психиатрия – особенная сфера медицины. Здесь не существует универсального лечения того или иного нарушения психики. Невозможно измерить биохимические показатели, назначить анализы и обследования, дать таблетку и быть уверенным, что она точно поможет. К терапии каждого пациента врач подходит индивидуально. Важны многие факторы: возраст, вес, длительность заболевания, выраженность симптоматики, осложнения. Лечение агорафобии включает в себя психотерапию и назначение специальных препаратов отдельно друг от друга или в сочетании, но основной будет все-таки психотерапия. Медикаменты могут применяться лишь в качестве дополнения при тяжелых длительных нарушениях.

Во всех случаях, которые мне приходилось наблюдать, на первом месте среди симптомов была тревога.

Тревога знакома каждому из нас. А задумывались ли вы о *своей* тревоге? Насколько она интенсивная? Есть определенные отличия «нормальной» тревоги от патологической. Самое важное, что нужно понять, – нарушает ли тревожность привычный уклад жизни, ограничивает ли она вашу повседневную активность. Когда пациенты отмечают, что перестали общаться с другими людьми, не могут ходить на работу и ездить в транспорте из-за страха, это говорит о том, что тревога стала патологической. И, конечно, такие состояния требуют медицинской помощи. У терапии, подобно игре в шахматы, есть определенные правила, процесс, стратегии действий и успешное завершение партии.

Не так давно ко мне обратилась Ирина, которая в течение нескольких лет после развода с мужем страдала от агорафобии. Она не могла выходить из дома одна, многократно созванивалась с родными по телефону, если предстояла поездка в автобусе или метро. Транспорт, как, впрочем, и улица, внушал ей страх, «давил своей неопределенностью». За несколько месяцев Ирина сильно похудела – на 15 кг. Хороший аппетит и жизнерадостность испарились. Даже одеться утром стало неимоверно сложно. Ирина чувствовала, что больше не владеет своей жизнью и никак не может изменить ситуацию, от чего становилось еще тяжелее. Все говорило о том, что к агорафобии присоединилась депрессия, и я приняла решение дополнить психотерапию медикаментами – антидепрессантами и транквилизаторами, которые помогли справиться с тяжелыми симптомами.

На кону стояло будущее, работа, семья, друзья. Ирина это прекрасно понимала и выполняла все рекомендации. Постепенно, шаг за шагом, ее состояние улучшалось. Несмотря на то, что депрессия утяжелила течение агорафобии, внутренние ресурсы позволили справиться даже с такой непростой ситуацией. В скором времени пациентка вернулась к прежнему образу жизни и перестала испытывать беспокойство каждый раз, когда планировала выход из дома.

Часто бывает, что при первых признаках улучшения пациенты бросают прием всех препаратов. Однако через некоторое время болезнь возвращается с новой силой и сопротивляемостью к лечению.

Как правило, во второй половине жизни симптоматика появляется реже или может редуцироваться совсем, никаким образом не проявляясь, при этом социальная активность сохраняется (в отличие от социофобии).

Способы профилактики агорафобии

• Режим отдыха и расслабления. Правильно распределяйте свою нагрузку, чередуйте умственный труд с физическим, меняйте деятельность. Спорт, танцы, любые другие виды активности снимают зажимы и мышечное напряжение, активизируют метаболизм.

• Нормализуйте сон. Во сне человек отдыхает и набирается сил, головной мозг приводит всю информацию в порядок. Вырабатываются мелатонин и серотонин, вещества, важные для психического здоровья.

• Больше бывайте на свежем воздухе, гуляйте, плавайте в бассейне.

• Общайтесь с другими людьми, делитесь своими переживаниями с близкими.

• Найдите хобби или увлечение. Они разнообразят вашу жизнь и отвлекут от негативных мыслей и пессимистичного настроения.

• Регулярно следите за своим здоровьем, проходите плановые медицинские осмотры и необходимые обследования.

• Избегайте употребления алкоголя, он повышает тревожность.

• Освойте расслабляющие методики. Йога, правильное дыхание, гимнастика цигун и медитация помогут обрести внутреннее спокойствие и гармонию.

• Делайте то, что любите. Живите полной жизнью! Рисуйте, пойте, танцуйте. Это отлично снимает стресс и эмоциональное напряжение.

Если уже были приступы

• Обратитесь за квалифицированной медицинской помощью к врачу-психиатру. Не пренебрегайте своим здоровьем! Внимание, вовремя уделенное проблеме, поможет предотвратить развитие осложнений.

• Принимайте лекарства, выписанные врачом. Если врач-психиатр назначил вам терапию транквилизаторами или антидепрессантами, не корректируйте дозировки препаратов самостоятельно и не прекращайте прием лекарств при первых признаках улучшений. Психотропные препараты обладают накопительным эффектом. То есть, чем дольше вы принимаете лекарство, тем дольше сохранится устойчивое состояние ремиссии заболевания.

• Имейте при себе транквилизатор на случай нового приступа в общественном месте.

• Обучитесь методикам расслабления и оказания помощи самому себе. Дыхательные техники являются самыми эффективными! При надвигающемся приступе важно дышать медленно, глубоко и размеренно. Это предотвратит вегетативный криз и гипоксию головного мозга.

• При усилении тревоги перед приступом найдите уединенное место, глубоко подышите, закройте глаза и думайте о чем-либо отвлеченном.

• При невозможности успокоиться самостоятельно подойдите к любому человеку и коротко объясните свое состояние. Вам обязательно помогут!

Чтобы сохранить активность, оставаться трудоспособным и продолжать общение с другими людьми, нужно как можно раньше обращаться за медицинской помощью при возникновении каких-либо неприятных ощущений в теле, тревоги, страхов. Ранняя диагностика и своевременное лечение агорафобии позволит быстро и легко избавиться от этих симптомов.

Осторожно, паника! Паническое расстройство

Ни одно из чувств не может лишить наш мозг рассудочности и способности к действию в такой степени, в какой способен это сделать страх.

Эдмунд Берк, «Исследование наших представлений о возвышенном и прекрасном», 1765 г.

Вам знакомо ощущение, когда сердце словно выскакивает из груди? Как пересыхает горло в минуты тревоги? Когда от страха невозможно сделать глубокий вдох? А может, вы когда-то задумывались, почему кто-то панически боится пауков, а кто-то заводит их в качестве домашних животных? Или почему одни из-за непреодолимого страха не летают на самолете, а другие готовы покорять небо на любом летательном аппарате?

Страх. Вот феномен человеческого существования, который может спасти вам жизнь или разрушить ее. Мне откликается определение, которое дает один из героев рассказа Ги де Мопассана «Страх»: «Страх (а испытывать страх могут и самые храбрые люди) – это нечто чудовищное, это какой-то распад души, какая-то дикая судорога мысли и сердца, одно воспоминание о которой внушает тоскливый трепет <…>. Настоящий страх есть как бы воспоминание призрачных ужасов отдаленного прошлого».

Именно страх заставляет нас двигаться, бежать, сражаться за свою жизнь, искать и находить ответы и решения.

Для Юлии этот сеанс был первым опытом обращения к психиатру, на лице читалось недоверие. Да, в свои 40 лет она не могла и представить, что все пойдет вовсе не так, как она себе распланировала. Юлия всегда считала себя женщиной, которая сможет справиться со всеми трудностями. Должна справиться… Так твердила когда-то в детстве мама. Образ Юлии был наполнен внешним благополучием: строгая прическа, деловой костюм, легкий макияж. Любящий муж, стабильная работа с высоким окладом, двое прекрасных активных детей. Только было что-то, явно придающее беспокойство. Это читалось по зажатым губам и поднятым плечам.

«Панические атаки сделали мою жизнь невыносимой» – начала свой рассказ женщина. Приступы паники, тревога возникали неожиданно, без предвестников. «Когда панические атаки возникают на работе – я не могу сосредоточиться и выполнять свои обязанности. Когда паника застает врасплох дома – я долго не могу успокоиться, отгоняю плохие мысли и страх, все лицо горит и сердце замирает в груди. Я как будто перестаю дышать и хожу, хожу, хожу, чтобы хоть как-то себя успокоить. Не знаю, что мне делать. Раньше у меня всегда было решение, ответы на любые вопросы. Сейчас ничего не понимаю, не могу планировать свою жизнь, не знаю, что будет со мной завтра».

Первые упоминания панических расстройств можно найти в работах X–XI в. Знаменитый средневековый персидский врач Ибн Сина, он же Авиценна, в своем трактате отмечает, что под действием эмоций иногда происходят физиологические изменения в организме, в частности, изменяются пульс и дыхание. Кстати, он обращает внимание на то, что возникают и обратные реакции: ритм дыхания и частота пульса влияют на эмоциональное состояние больных. (Это действительно очень важный момент в патогенезе и терапии заболевания). Этот невероятно внимательный и, безусловно, талантливый врач обладал выдающимися для того времени способностями к врачеванию. Авиценна не только описывал состояние больных с паническими расстройствами, но и выстроил целую систему лечения таких пациентов. Он, прежде всего, обучал людей с приступами паники правильному дыханию, мышечной релаксации, управлению своими эмоциями и чувством страха. Можно сказать, что уже Ибн Сина активно применял психотерапевтические методики для лечения панических атак.

Впервые приступы паники врачи описали более 100 лет назад. Причем панические атаки поначалу причислялись к различным категориям заболеваний: соматических, неврологических и психических.

Одним из ярких примеров в истории панического расстройства является *синдром Да Косты*. Его обозначали также как нарушение возбудимости сердца при нейродисциркуляторной (или, как ее обычно называют, вегетососудистой) дистонии, при котором наблюдалась выраженная вегетативная симптоматика. Состояние названо в честь хирурга Джейкоба Мендеса Да Косты, который впервые выявил его у американских солдат во время гражданской войны. В 1871 г. он наблюдал около 300 солдат, которые отмечали боли в области сердца (кстати, этот синдром позже приобрел необычное название – «сердце солдата»), учащение пульса при физической нагрузке, одышку, головокружение, повышение температуры и даже диарею. Никаких анатомических или физиологических нарушений при обследовании пациентов не обнаруживалось. Солдаты выздоравливали, как только оказывались в спокойной обстановке без чрезмерных физических нагрузок.

Генри Харторм ранее в 1864 г. также наблюдал похожие симптомы у американских

военнослужащих, связывал эти проявления с длительным перенапряжением, недостатком отдыха, сна и дефицитом питания. Тяжелая, сдавливающая грудь амуниция, которую приходилось носить на себе, также рассматривалась в качестве непосредственной причины сердечно-сосудистых неврозов.

В конце XIX в. Зигмунд Фрейд описывал состояния, при которых внезапно возникала тревога, не обусловленная внешними объективными обстоятельствами. Такие приступы назывались Фрейдом «тревожными атаками» и сопровождались кратковременными нарушениями сердечной деятельности, дыхания и других соматических функций. Приступы описывались в составе «невроза беспокойства». Понятие «паника» рассматривалось как разновидность тревоги с быстрым началом и высокой интенсивностью.

Само слово «паника» произошло от имени Пана – древнегреческого бога пастушества, скотоводства, плодородия и дикой природы. Пан, сын Гермеса, родился с козлиными ногами, покрытыми шерстью, длинной бородой и рогами и сразу после рождения стал прыгать и смеяться. Испуганная необычной внешностью и подвижностью ребенка, мать покинула его. Гермес отнес его на Олимп и до того развеселил всех богов видом и живостью своего сына, что боги назвали его Паном, так как он доставил всем (с греческого «*пан*» – весь) великую радость.

Считалось, что в долинах и рощах под флейту Пана устраиваются веселые, шумные хороводы, пугающие смертных, а в полдень, утомившись, Пан засыпает и с ним засыпает вся природа. Это затишье считалось священным, ни один пастух не осмеливался прервать его игрой на свирели из-за боязни обрушить на себя гнев бога-покровителя. А если горная тишина все-таки нарушалась криками, Пан, по легенде, неожиданно появлялся перед человеком и повергал его в такой животный ужас, что тот бежал без оглядки, по горам, вдоль опасных обрывов, не разбирая дороги. В Афинах богу уединения и природы был посвящен грот на акрополе в память поражения персов, на которых Пан навел панический страх во время сражения.

Уже после исследований Фрейда врачам удалось приоткрыть завесу тайны над причиной возникновения панических атак – была установлена прямая связь между психотравмирующими обстоятельствами и возникновением острой тревоги, и лишь к 1940 г. паническое расстройство стало рассматриваться в качестве тревожного нарушения. В российской медицине такие нарушения включались в термин «вегетативный криз». Развитие приступов паники связывалось с именно возникновением дисфункции вегетативной нервной системы.

В настоящий момент паническое расстройство выделено в отдельную рубрику в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (2019 г.). Оно определяется как повторяющиеся и неожиданные панические атаки, которые не ограничиваются конкретными стимулами или ситуациями. Пометка «с паническими атаками» может приписываться и к другим психическим расстройствам, в случаях, если тревога является выраженным, но не определяющим признаком (например, у пациентов с депрессией).

Паническая атака представляет собой достаточно обширный комплекс симптомов. В клиническую картину входит так называемый вегетативный криз – учащение сердцебиения, ощущение нехватки воздуха, головокружение, давящая боль в груди, потливость, онемение конечностей, дрожь. Криз возникает внезапно, неожиданно для самого человека. Симптомы нарастают в течение нескольких минут. Как правило, сам приступ паники длится не больше 30 минут (обычно 5–10). Вместе с вегетативными нарушениями наблюдается выраженная тревога, страх (смерти, потери сознания, безумия, потери контроля над собой и своим телом).

Симптомы, к сожалению, схожи еще и с сердечно-сосудистыми нарушениями. В моей практике встречались случаи, когда пациенты с паническим расстройством переносили инфаркт миокарда на ногах, приняв острую симптоматику за очередную паническую атаку.

Многие люди переживают такое состояние хотя бы один раз в жизни. Здесь хочу отметить, что однократная паническая атака не может рассматриваться как заболевание. Это

просто физиологический ответ организма на эмоциональный стресс, защитная реакция, подготавливающая человека к активным действиям (борьба или бегство).

Множество историй, разнообразных клинических случаев, наблюдений за все это время не смогли приблизить человечество к разгадке причин панического расстройства. Для него, как и практически для всех других психических заболеваний, определяющим моментом является сочетание факторов, провоцирующих развитие приступов паники. Имеет значение буквально все: генетика, биохимия, физиология, влияние семьи, воспитание в детстве и юношестве, стрессы во взрослой жизни.

Самому первому приступу панической атаки предшествует, как правило, определенная психотравмирующая стрессовая ситуация. Тяжелые потрясения, например, смерть или болезнь близких, потеря жилья, работы, жестокое воспитание могут спровоцировать развитие болезни, являться стартовым моментом для возникновения панического расстройства. По мере того, как заболевание прогрессирует, установить стартовую точку становится все сложнее.

Часто от тревожных расстройств страдают люди, подверженные длительному, хроническому напряжению. К таким стрессовым факторам, например, относится работа в офисе. Когда человек долго сдерживает внутри себя негативные эмоции – гнев, раздражительность и злость накапливаются. Вспоминается фильм «Особо опасен», в котором от панических атак страдает главный герой этой картины. В фильме ярко показана клиническая симптоматика панического расстройства – учащенное сердцебиение, головокружение, искажение восприятия (в психиатрии это называется *дереализацией* и *деперсонализацией*), страх. И это далеко не все симптомы, которые могут встречаться у больных с этим нарушением.

Стоит отметить, что дети родителей, страдающих паническим расстройством, примерно в 18 % случаях также подвержены развитию панических атак. Начало заболевания обычно приходится на подростковый возраст, когда нервная и эндокринная системы еще не до конца сформированы. После 65 лет панические атаки практически не встречаются. Поэтому в более позднем возрасте необходимо четко и своевременно отграничивать соматические нарушения, которые могут привести к схожим с панической атакой симптомам.

Приступы тревоги также могут говорить о неких нарушениях организма, не психологических, а более тонких – нейрохимических. Ученые давно выяснили, что одни химические вещества снижают тревогу (к примеру, транквилизаторы), а другие, наоборот, ее повышают. Действие разворачивается на уровне адренорецепторов в норадренергических синапсах нейронов головного мозга. Именно там нейромедиаторы запускают механизм тревоги.

Интересно, что у некоторых людей при намеренном учащении дыхания возникает симптоматика, сходная с клиникой панического приступа. Об этом писал, как я уже говорила, еще Авиценна. Как это происходит? В условиях недостатка поступления кислорода к головному мозгу включается механизм самосохранения. Организм в тревоге, он получает сигналы о необходимости действий, движения, чтобы как-то исправить нарастающий дефицит кислорода. Это патофизиология чистой воды, механизм, который заложен в каждом из нас (такая реакция называется «порочным кругом»). Получается, что сама тревога провоцирует вегетативные проявления, которые, в свою очередь, ее усиливают.

ТЕХНИКИ ПРАВИЛЬНОГО ДЫХАНИЯ

В состоянии панической атаки важно прервать замкнутый круг, избежать гипоксии головного мозга. В этом может помочь техника правильного дыхания. Если кажется, что вас вот-вот настигнет паническая атака, попробуйте выполнить эти простые, но эффективные упражнения.

Сядьте в удобную для вас позу, закройте глаза, попытайтесь представить что-то приятное для вас и отвлечься.

• Техника бумажного пакета. Максимальный и полный вдох происходит через нос в ладони или бумажный пакет. Выдох также полноценный. Такая методика способствует правильному соотношению во вдыхаемом воздухе кислорода и углекислого газа.

• Вдох носом, выдох ртом. Носом делаем короткие и неглубокие вдохи. Выдохи должны быть полноценными, длительными, через рот.

• 3:1. Ритмично производятся 3 коротких вдоха, затем такой же быстрый, но полноценный выдох. Данная методика эффективно снимает напряжение со всего тела при чувстве удушья или одышке.

• Счет до 10. Медленный вдох полной грудью сопровождается мысленным счетом до 10. То же самое проделываем и с выдохом.

• Диафрагмальное дыхание. Положите руку на живот, ощутите тепло от ладони и расслабление мышц брюшной стенки. Вы можете чередовать грудное дыхание с брюшным, чтобы достичь спокойствия. Плавный вдох на счет 3–4, задержка дыхания и медленный выдох на счет 5–6. Повторяйте в течение 10–15 минут до ощущения спокойствия и нормализации дыхания.

Контроль над дыханием полезен не только в острой ситуации панической атаки, но и в долгосрочной перспективе для уменьшения продолжительности и частоты приступов. Выберите понравившееся упражнение и начните регулярно его практиковать.

По статистике 1–2 человека из 100 страдают от панических атак. Причем женщины в 2 раза чаще, чем мужчины, подвержены развитию тревожных расстройств! Существуют и определенные типы личности, для которых характерно более частое развитие приступов. У мужчин это астенический тип, когда все внимание направляется на собственное здоровье и его поддержание. Интерес к своему физическому самочувствию в таких случаях напряженный, иногда навязчивый. Что касается особенностей у женщин – это преимущественно *истероидный* склад личности. Таким людям свойственны повышенная эмоциональность, демонстративность, жажда признания – всеми способами они пытаются привлечь к себе внимание и вызвать интерес окружающих.

Механизм появления панического расстройства стандартен и прост, ведь он заложен в нас природой. Древним людям было необходимо охотиться на крупных и опасных животных, защищаться от своих агрессивных собратьев. Вся жизнь представляла собой череду препятствий и опасностей, каждый шаг мог грозить неминуемой гибелью. В процессе эволюции выживали сильнейшие, овладевшие навыками приспособления к трудностям окружающего мира. Самый сильный безусловный рефлекс – инстинкт самосохранения.

При тревоге активизируются все системы организма, подаются сигналы – «беги, двигайся, соберись». Происходит мощный выброс гормонов, в частности, кортизола, адреналина и норадреналина. Они увеличивают частоту сердечных сокращений, вызывают кратковременное сужение сосудов, так как воздействуют на всю гладкую мускулатуру в организме. Замедляется перистальтика, сжимаются все сфинктеры. При этом мышцы тела (сгибатели и разгибатели) приходят в тонус, увеличивается их кровоснабжение. Организм готов к активным действиям – нападению или бегству, максимально мобилизован. Эмоционально человек собран, сосредоточен. Внешне это может проявляться раздражением, агрессией и даже яростью. Все эти механизмы обеспечивают адаптацию человека к постоянно меняющимся условиям окружающей среды. Возможно, наш вид выжил именно благодаря таким защитным реакциям.

В современном мире возникает не так много ситуаций, которые угрожают жизни или здоровью человека и требуют собранности и мобилизации всех сил, а механизм «бей или беги» все еще срабатывает. Вот мы и остаемся наедине с бушующими гормонами, которые при хроническом стрессе все сильнее расшатывают психику.

Жизнь Светланы, одной из моих пациенток, некогда обожавшей шопинг, яркие витрины магазинов, невероятное количество людей в торговых центрах, перевернулась с ног на голову с возникновением панических атак. Симптомы начались около года назад. Как

только женщина заходила в крупный магазин, начиналось что-то невообразимое: кружилась голова, воздуха не хватало, сердце бешено колотилось, бросало то в жар, то в холод. Приступы накатывали один за другим, словно волны на море, и были настолько сильными, что практически сбивали с ног. В такие минуты Светлана садилась на корточки, чтобы не упасть. Все это раздражало и пугало одновременно, а походы по магазинам пришлось свести к нулю.

Уже после нескольких наших бесед Светлана вспомнила момент, когда начались панические атаки. Год назад она по своему обыкновению наслаждалась покупками, когда зазвонил телефон. «Мама в больнице. С сердцем… Что-то серьезное…» – взволнованным голосом говорила в трубке младшая сестра. В тот момент в глазах потемнело, мир вокруг будто остановился. Стало трудно дышать. Мысли в голове проносились так быстро, что невозможно было сосредоточиться на чем-либо. Светлана не слышала людей вокруг, только стук своего сердца, быстрый и ритмичный.

Панические атаки повторялись снова и снова, как только Светлана оказывалась в большом магазине. Любимое некогда развлечение превратилось в настоящую пытку.

Что же произошло? Негативный стимул реагирования закрепился под действием патологических причин, стресса, произошел сбой. Он в определенной мере является патофизиологическим порочным кругом. Разорвать связь между тревогой и симптомами не так-то просто. Новые выбросы гормонов в кровь поддерживают высокий уровень стресса в организме. Само ожидание возможных приступов мешает человеку расслабиться и постоянно держит в напряжении – как психическом, так и физическом.

Это гормонально обусловленный рефлекс, выработанный в ходе эволюции организма. Многие люди часто при этом симптоме вызывают «Скорую помощь». Чувство жара и головокружение возникают из-за гипервентиляции и перенасыщения крови кислородом при частом форсированном дыхании. Головной мозг имеет хорошее кровоснабжение и множество коллатеральных сосудов. Так, мозг потребляет самое большое количество кислорода из крови. Субъективно это проявляется чувством нехватки воздуха, одышкой. Любая ситуация гипоксии – недостатка кислорода – воспринимается как угроза жизни организма, включаются режимы централизации кровообращения.

Возможны не только спонтанные приступы панической атаки, но и ситуационно спровоцированные, к примеру, при поездках в общественном транспорте, лифте, в машине.

У Ивана симптомы панического расстройства начались после серьезного ДТП. Страх и вегетативный криз возникали при одной только мысли, что необходимо куда-то поехать на машине. Симптомы распространялись по жизни Ивана как вредоносный вирус. Вскоре он уже не мог ездить и в метро, автобусах, трамваях. Работу пришлось поменять, так как добираться в другой район стало невозможно. Зона, где нет панических атак, затем ограничилась квартирой – паническое расстройство очень часто сочетается с агорафобией.

ГИ ДЕ МОПАССАН ТАК ИЗОБРАЖАЕТ В СВОИХ ПРОИЗВЕДЕНИЯХ САМОЕ ДРЕВНЕЕ И СИЛЬНОЕ ЧУВСТВО – СТРАХ: «Я ОЩУТИЛ В СЕРДЦЕ, В ДУШЕ И ВО ВСЕМ ТЕЛЕ ТАКОЕ ОТЧАЯНИЕ, ЧТО ЕДВА НЕ ЛИШИЛСЯ ЧУВСТВ И БЫЛ ЧУТЬ ЖИВ ОТ УЖАСА».

Паническое расстройство выгодно выделяется среди других психических заболеваний. У него есть главное и положительное преимущество – обратимость. В своих проявлениях, течении, прогнозе и исходе панические атаки не настолько страшны, как может показаться на первый взгляд – в организме не происходит каких-либо видимых анатомических нарушений. Приступы не присутствуют в жизни человека 24/7 и от них невозможно умереть. Человек может работать, сохранять свою социальную активность.

Однако для него самого нет ничего хуже приступов панической атаки и тревоги, ожидания новых проявлений, нарастающих с каждой последующей атакой. Вегетативные кризы тяжело переносить морально – кажется, что это не закончится никогда. В основе переживаний находится мощный страх смерти, который буквально парализует тело и разум.

Люди, как правило, стараются избегать мест и ситуаций, в которых их застигли приступы, перестают строить планы, боятся путешествовать. Все это не лучшим образом сказывается на семейной и социальной жизни.

Практически каждый из моих пациентов отмечает такую реакцию родных на панические атаки: «Возьми себя в руки! Не придумывай! Это скоро пройдет, займись чем-нибудь полезным…» Со слезами на глазах мне, врачу, рассказывают о своих неприятностях и симптомах, потому что близкие люди порой не могут даже представить, насколько панические атаки мучительны.

Серен Кьеркегор в своей работе «Понятие страха» (1844 г.) показывает, какой страх на самом деле – жесткий, беспринципный, искусный мучитель: «Ни один Великий инквизитор не имел под рукой столь ужасных пыток, какие имеет страх, и ни один шпион не умеет столь искусно нападать на подозреваемого как раз в то мгновение, когда тот слабее всего, не умеет столь прельстительно раскладывать ловушки, в которые тот должен попасться, как это умеет страх; и ни один проницательный судья не понимает, как нужно допрашивать обвиняемого – допрашивать его, как это делает страх, который никогда не отпускает обвиняемого – ни в развлечениях, ни в шуме повседневности, ни в труде, ни днем, ни ночью».

В промежутках между паническими приступами человека беспокоит тревога, которая представляет собой дискомфортное и тягостное переживание неопределенности и внутреннего напряжения. Но тревога тревоге рознь, и в обычной жизни вне стресса человек, безусловно, тоже может испытывать такое чувство. Она, как и инстинкт самосохранения, является фактором, побуждающим к действиям. К примеру, многие поэты, художники и другие творческие люди обладают повышенной тревожностью. Именно это свойство личности – постоянные сомнения – стимулируют искать новые решения, создавать шедевры.

Но если тревожное состояние наблюдается длительное время – это повод обратить внимание на себя, прислушаться к своим потребностям. Тревога из нормального физиологического реагирования, не нарушающего обычную деятельность, может превратиться в патологическую форму, уже не связанную с действительной угрозой. Здесь характерны чувство беспомощности и никчемности, ожидание возможных страшных событий, физическая слабость и опустошение, озабоченность, сомнения. Патологическая тревога может присутствовать постоянно, фоном, либо появляться приступообразно, перед или после стрессовой ситуации. Надо отметить, что тревога может встречаться также практически при всех психических и соматических заболеваниях.

Паническое расстройство бывает совсем непросто распознать среди собратьев – пограничных расстройств: агорафобии, генерализованного тревожного расстройства, посттравматического стрессового расстройства, обсессивно-компульсивного нарушения, так как тревога в разной степени выраженности присутствует при всех этих состояниях. Пограничными они называются из-за того, что проявляются легкими регистрами нарушений на уровне неврозов.

Каждый по-разному оценивает первый приступ. Кто-то может не придать значения: «С кем не бывает!» Другой же воспримет паническую атаку как катастрофу. Отношение к заболеванию – важный фактор, во многом определяющий течение и прогноз психического нарушения. Чем хуже воспринимается паническая атака, тем тяжелее протекает расстройство и быстрее присоединяются другие сопутствующие состояния, к примеру, агорафобия или депрессия.

Вначале панические атаки часто трактуются как проявления какого-либо соматического заболевания. Это заставляет искать причину, вызывать «Скорую помощь», посещать врачей различных узких специальностей (кардиолога, гастроэнтеролога, пульмонолога, эндокринолога и др.), проходить многочисленные диагностические обследования. При этом никаких отклонений в организме – морфологических или функциональных – как правило, не выявляется, что создает неверное представление человека о своем заболевании. В конечном счете, такие больные направляются к психиатру.

Алина, 37 лет: «Когда паническая атака случилась впервые, я была испугана и не знала,

куда идти, что сделать, чтобы помочь себе. Открыла интернет, а там столько всего написано страшного, все самые плохие диагнозы совпали с моими симптомами. Я проревела весь вечер! На следующий день решилась пойти к терапевту, чтобы обследоваться. Полгода ходила по врачам, сдавала анализы, проходила всевозможные обследования. Но у меня ничего не нашли, а тогда, как мне казалось, это значило, что я точно неизлечимо больна, а врачи либо плохо искали, либо просто не хотели сообщать какой-нибудь ужасный диагноз. Я нервничала, мало спала, неизвестность буквально выматывала меня! Еще я с ужасом ждала новых приступов. И они приходили, иногда очень часто – несколько раз в день. Единственный врач, которого оставалось пройти: психиатр. Я оттягивала визит к нему, как могла, боясь узнать, что схожу с ума. Но все оказалось гораздо проще, и только благодаря ему и закончились эти бесконечные походы в больницу».

Это – типичная история человека с паническим расстройством. В самом начале при диагностировании расстройства необходимо исключить *соматические заболевания*, при которых возможны схожие симптомы: феохромоцитома, эндокринные и сердечно-сосудистые нарушения – менопауза, инфаркт миокарда, сахарный диабет и др. Биохимические анализы крови, УЗИ, ЭКГ, МРТ, КТ позволят понять, все ли в порядке с организмом.

Терапия панического расстройства всегда рассматривается в комплексе. Одни только медикаменты не помогут, а лишь временно заглушат внешние вегетативные проявления. Лечение складывается в целый процесс, где активная стадия сменяет поддерживающую. Хорошие результаты наблюдается у тех, кто следит за режимом сна и бодрствования, работы и отдыха, кто активен физически.

Основным методом терапии неврозов является психотерапия, где специалист с помощью различных методик помогает пациенту осознать причину, спусковой крючок заболевания и научиться самостоятельно справляться с возникающими приступами панических атак. Главный принцип здесь – индивидуальный подход к каждому человеку.

Лечение панических атак начинается с выбора специалиста, который бы вас понимал, поддерживал, наставлял на путь выздоровления. Это и есть тот самый комплаенс – создание доверительной атмосферы между врачом и пациентом. Нельзя оказать помощь человеку, если он того не желает (на этот счет в РФ есть отдельный закон). Поэтому излечиться может только человек, заинтересованный в положительных изменениях, который верит в себя и свои силы.

Есть такое понятие как, вторичная (или скрытая) выгода: когда человеку бессознательно необходима ситуация болезни. Небольшой сердечный приступ, чтобы показать свою значимость в семье, много есть и поправляться, чтобы защитить себя от внешнего недоброжелательного мира, вновь и вновь становиться заложником панической атаки, чтобы привлечь к себе внимание и т. д. Сам человек может и не знать, с чем конкретно связана болезнь, но подсознание хранит все секреты и страхи с раннего детского возраста. И высвободить эту информацию из подсознания, разрешить внутренний конфликт способна именно психотерапия в руках умелого специалиста.

К сожалению, нет волшебной таблетки от всех недугов. И, в отличие от соматических заболеваний, где медикаменты могут за несколько минут вернуть состояние в норму, психические заболевания потребуют более глубокого решения. Следует отметить, что о необходимости лечения человек обычно начинает задумываться, когда заболевание приобретает хроническое течение. Часто пациент и врач-психиатр встречаются только через 7–10 лет после начала болезни! Распутать клубок симптомов, накопившихся за такой промежуток времени, совсем не просто. Требуется выдержка и сила воли пациента, искреннее желание измениться, справиться со своими страхами. Психотерапия может длиться от двух месяцев до нескольких лет – в зависимости от состояния пациента и запущенности заболевания. Темп терапии определяется не только используемыми методиками, но и готовностью человека к терапии, его мотивацией, скоростью мыслительных процессов и жизненным опытом.

Медикаментозная терапия применяется только по назначению врача. При выборе лекарственных средств специалист учитывает возраст пациента, длительность заболевания, сопутствующую соматическую патологию. Оценивается риск и польза от приема препарата в каждом конкретном случае. Дозировка корректируется постепенно, врач наблюдает за состоянием пациента, чтобы вовремя распознать и предупредить развитие побочных эффектов. В лечении панического расстройства могут применяться антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, нормотимики, ноотропы. Обычно люди, страдающие паническими атаками, всегда имеют при себе противотревожное средство, ведь неизвестно, в каких обстоятельствах может возникнуть очередной приступ. Грамотно подобранные лекарства способны снять тревогу, купировать острый приступ страха, снизить возбудимость вегетативной и центральной нервной систем, улучшить сон, нормализовать эмоциональный фон, поддержать высокую умственную и физическую работоспособность.

Общие рекомендации по самопомощи при панической атаке

• Успокойтесь. Вы не сходите с ума и у вас нет серьезного заболевания. Задайте себе вопрос: действительно ли моей жизни что-либо угрожает на данный момент? Оцените окружающую обстановку – может ли кто-то вас сейчас отвлечь, поддержать или оказать помощь?

• Умойтесь холодной водой. Сконцентрируйтесь на ощущениях в области лица и рук, обратите внимание на шум воды.

• Откройте окно или выйдите на улицу. Можете ли вы почувствовать ветер на улице? Какая на улице температура?

• Сядьте удобно, расположитесь комфортно, закройте глаза и представьте что-то хорошее: приятных вам людей, ваше безопасное жилище, отдых или прогулку в лесу.

• Выполняйте дыхательные упражнения в течение 10–15 минут. Сконцентрируйтесь на потоках воздуха, на глубине вашего дыхания, частоте вдоха и выдоха. Почувствуйте, что с поступлением кислорода по организму разливается тепло и напряженные мышцы расслабляются.

• Помассируйте ушные раковины, там находятся биологически активные точки. В акупунктуре этот метод применяется для снятия стресса и напряжения.

• При отсутствии эффекта от выполнения предыдущих шагов – примите таблетку противотревожного препарата.

Справляемся с панической атакой за рулем, в метро, лифте

Неправильная тактика поведения при панических атаках может усугублять симптоматику и приводить к возникновению новых, более тяжелых приступов. Разберемся, что делать точно не следует.

• Сторониться мест и ситуаций, в которых, как вы полагаете, у вас может возникнуть паническая атака. Избегающее поведение даже после первого приступа создает психологический барьер, который непросто преодолеть без посторонней помощи. В сознании создается негативная связь между ужасными событиями прошлого и изменением состояния. Убегать от страха или встретиться с ним лицом к лицу и победить – выбирать только вам.

• Усиленно прислушиваться к ощущениям в теле. Такое внимание к негативным сигналам вегетативной нервной системы только усилит неоправданную тревогу, подстегнет страх и мысли о предстоящих новых атаках. Если мы обращаем свой внутренний взор на какую-либо часть тела, то мы можем ощутить тепло, онемение или пульсацию в этой области. То же самое происходит и с частым сердцебиением, одышкой, дрожью в теле, онемением конечностей и т. д. Помочь отвлечься могут дыхательные и расслабляющие методики.

• Жить прошлым. Когда человек ориентирован на прошедшие события, а не проживает время здесь и сейчас или не строит свою жизнь в контексте будущего, он мысленно застревает на всех неприятных событиях, которые когда-либо с ним происходили. Для корректировки подобных «застреваний» в психотерапевтических практиках существуют методики работы с линией жизни, изменения отношения к себе и ситуациям в прошлом.

• Двигательное беспокойство. В ситуации панической атаки многие начинают хаотично двигаться, увеличивая скорость сердечных сокращений и гипоксию головного мозга. Человек в таком состоянии может подбегать к посторонним людям, попросить помощи или вызывать «скорую». Правильная тактика заключается в успокоении и расслаблении. Нужно сесть и принять удобную позу, постараться расслабить мышцы.

• Неадекватное лечение панических атак. Использование одних только лекарств оправдано в острой ситуации приступа. Прием транквилизаторов способен остановить паническую атаку, но этот метод хорош лишь в качестве экстренной помощи, он не способен полностью и навсегда избавить человека от болезни. В рамках панического расстройства терапия необходима комплексная, включающая в себя психотерапию, медикаментозное лечение, сопутствующие методы (фитотерапия, дыхательные и медитативные тактики).

Что делать, если паническая атака настигла за рулем

Паническая атака за рулем опасна возможностью автокатастрофы, нанесением повреждений себе, пассажирам и другим участникам дорожного движения.

• Припаркуйтесь. Не стоит рассчитывать на то, что «сейчас все пройдет» – потеряв контроль над собой и машиной даже на доли секунд, вы можете нанести вред другим людям.

• Откройте окно или выйдите из машины.

• Выполните несколько интенсивных физических упражнений, чтобы снизить тревогу и стресс, например, попрыгайте на месте или поприседайте.

• Переключите свое внимание на происходящее вокруг: рассматривайте поток машин, проходящих мимо людей.

• Выпейте воды, умойтесь.

• Выполните несколько дыхательных упражнений, чтобы нормализовать приток крови к голове, справиться с гипоксией.

• Примите таблетку противотревожного средства, которое вам выписал врач.

Что делать, если паническая атака настигла в метро

• Выйдите из движущегося вагона.

• Сядьте на скамейку и успокойтесь. Если скамейки нет поблизости, можно сесть на корточки или на пол.

• Закройте глаза и сконцентрируйтесь на чем-то хорошем.

• Попросите помощи у посторонних. Объясните ситуацию – вместе с другим человеком найти решение в трудной ситуации легче.

• Выпейте воды.

• Правильно дышите, чтобы достаточное количество воздуха поступало в организм.

• При невозможности купировать приступ немедикаментозными методами примите транквилизатор.

А если паническая атака случилась в «застрявшем» лифте?

• Если погас свет, включите любой источник света, например, фонарик на телефоне.

• Постарайтесь успокоиться и ровно дышать. Позвоните в диспетчерскую или лифтеру, узнайте, когда вам окажут помощь. Созвонитесь с близкими, расскажите о случившейся ситуации.

• Вы можете ощущать трудность дыхания в замкнутом пространстве. Разумно расходуйте имеющийся кислород, помните о наличии вентиляции – воздух в кабине точно не

закончится! Следите за плавностью и глубиной своего дыхания. Сядьте поудобнее на пол, чтобы избежать ощущения головокружения.

• Постарайтесь отвлечь себя – спойте песню, вспомните недавно просмотренную передачу, смешной случай.

• Помните, помощь придет быстро, наберитесь терпения, не паникуйте.

• Примите транквилизатор при необходимости.

Если паническое расстройство уже диагностировано и продолжается несколько лет, основная задача – уменьшить количество и интенсивность приступов панической атаки, вплоть до полного их купирования, научиться справляться со своим состоянием.

ГОРМОНЫ И НЕЙРОМЕДИАТОРЫ, АДРЕНАЛИН И НОРАДРЕНАЛИН ДЕЛАЮТ НАС СИЛЬНЕЕ. ВСЕ МЫШЦЫ ПРИХОДЯТ В ТОНУС, МЫ ГОТОВЫ ДЕЙСТВОВАТЬ, НО… НИЧЕГО НЕ ПРОИСХОДИТ. ВЕДЬ НА САМОМ ДЕЛЕ У ЧЕЛОВЕКА НЕТ ЖИЗНЕННО ВАЖНОЙ НЕОБХОДИМОСТИ В ДВИЖЕНИИ, ТАК КАК РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ В ОКРУЖАЮЩЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТСУТСТВУЕТ. В ИТОГЕ СТРЕСС НАКАПЛИВАЕТСЯ В ОРГАНИЗМЕ, ЭНЕРГИЯ НЕ НАХОДИТ ДОЛЖНОГО ВЫХОДА. ПРИСТУПЫ ПАНИЧЕСКОЙ АТАКИ НЕ СПОСОБСТВУЮТ РАССЛАБЛЕНИЮ И МАЛЕЙШЕМУ ОБЛЕГЧЕНИЮ, КАК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НАВЯЗЧИВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ, К ПРИМЕРУ.

Несколько хороших способов, чтобы снять напряжение тела

• Бассейн. Вода хорошо расслабляет и успокаивает. При плавании работают все группы мышц, адреналин высвобождается из напряженных конечностей. Любые контакты с водой: поездка на море, поход в бассейн, купание в речке или озере, даже прослушивание аудиозаписей шума воды помогут вам достигнуть равновесия и снять накопившееся напряжение.

• Баня. Русская, финская или турецкая – неважно, вы можете выбрать то, что вам больше нравится. Разогревание и расслабление мышц под действием умеренно высоких температур запускает механизмы обновления организма, повышается настроение, ощущается прилив бодрости.

• Массаж. Врачи советуют проходить курс общего лечебного массажа 2 раза в год, весной и осенью. Опытный массажист сразу видит зажимы и напряжение в теле – это и есть та самая неиспользованная энергия. Телесные блоки необходимо своевременно снимать, чтобы не происходило нарушений работы внутренних органов.

• Спорт. Занятия в спортзале, спортивные секции (карате, бокс, тхэквондо и пр.) способны снять агрессию и накопившийся груз негатива и напряжения. Работайте над своим телом, закрепляйте положительные результаты, ведь учиться чему-то новому очень полезно! Это заставляет мозг создавать новые нейронные связи

• Активность. Бег, катание на велосипеде, коньках, лыжах, йога, скандинавская ходьба способны привнести в вашу жизнь радость и разнообразие. Любые движения, выполненные правильно, полезны и отвлекают от негативных мыслей. А еще активное движение в течение некоторого времени заставляет вырабатывать гормоны радости.

• Расслабляющие методики. Релаксация, медитация, специальные комплексы дыхательных упражнений, направленные на расслабление, – все это гармонизирует и приводит напряженное тело и разум в баланс.

• Смена деятельности. Рабочее время всегда должно меняться на отдых или активность дома, особенно если вы много сидите во время работы. Движение необходимо для полноценного функционирования органов и систем. Старайтесь разнообразить свою жизнь – сегодня прогулка с друзьями, завтра – бассейн, послезавтра – танцы.

• Общение. Когда мы разговариваем с близкими, делимся своими переживаниями и ощущениями, опасениями и тревогами, мы ощущаем себя частью целого, убеждаемся, что являемся чем-то большим. Позитивное общение с приятными людьми действительно может

снизить уровень стресса и тревоги.

Важно понимать, что единичные, разовые меры не спасут вас от панических атак. Необходима комплексность, регулярность дозированных нагрузок и расслабления.

Паническое расстройство не редкость в нашем мире. Человек может страдать от панических атак годами и десятилетиями, ограничивая себя, откладывать лечение «на потом».

Алексей испытывал частые приступы паники на протяжении семи лет. Круг его общения значительно сузился, стало сложнее общаться с окружающими. Осталось лишь несколько друзей, у которых тоже длительно проявлялись панические атаки. Они с особым удовольствием делились своими ощущениями, способами преодоления недуга. Самым опытным в этой компании товарищей по несчастью считался мужчина со стажем болезни более 20 лет! Друзья были настроены на один лад, словно музыканты в оркестре. Опытный «дирижер» провозглашал: «Я так уже пробовал. Это не сработает. У вас точно не получится так избавиться от панических атак!» И действительно, «почему-то» ничего не выходило, жить без панических атак не получалось ни у кого из этих мужчин.

Важно создать вокруг себя поддерживающее окружение, в котором будут заметны даже самые небольшие положительные изменения. Не бойтесь обращаться к грамотным врачам, вовремя проходить необходимые обследования и следить за состоянием вашего здоровья. Здоровым и свободным от своих страхов быть легко!

Острые грани безумства. Шизофрения

Я устал бороться с толпою теней
Печальных и мрачных иль светло-прекрасных,
Моей ли фантазии жалких детей,
Иль вправду врагов мне опасных?
Найду ли я сил победить их один,
Беспомощный, слабый отшельник, –
Не знаю, но страх надо мной властелин,
Не он ли и есть мой волшебник!

И.Ф. Анненский

Шизофрения – тяжелое психическое заболевание, о котором не принято открыто говорить. Когда человеку ставят этот страшный диагноз – жизнь рушится, родные люди отворачиваются. Из-за страха оказаться в изоляции человек может годами страдать и бороться с шизофренией один на один, боясь *стигматизации*. Иногда он просто не знает, где найти помощь и поддержку.

Дверь в мой кабинет с треском открылась. На пороге стоял высокий, неопрятно одетый мужчина лет 50 с длинной бородой и связкой книг в руках.

– Ой, Александр Иванович, здравствуйте, проходите! – быстро отреагировала медицинская сестра.

Александр Иванович – завсегдатай в психиатрической больнице. Вот уже 30 лет несколько раз в месяц он приходит на прием, за лекарствами от шизофрении. Первый приступ возник у Александра во время окончания учебы в университете. Напряжение перед сдачей диплома, бессонные ночи, долгая подготовка к экзаменам сделали свое дело, тревога нарастала, и Александр стал очень беспокойным: непрерывно ходил по комнате, выкрикивал странные формулы, изображал фломастером на стене никому не известные иероглифы.

Несколько дней родители, с которыми Александр тогда проживал, настороженно наблюдали за сыном, не понимая, что происходит. Сам он тогда считал, что случилось чудо

– ему открылись тайные знания, которые передавались специальными лучами через космос. Ночью казалось, что кто-то невидимый читает ему вслух, очень тихо, чтобы только он смог их услышать. Не было ощущения болезни. Было лишь смятение: радость великого открытия и тревога от непонимания происходящего.

Близкие уговорили обратиться за помощью. Александр не имел обыкновения спорить с родными, поэтому обратился к психиатру, хотя сам, конечно, считал, что никакая помощь ему не нужна.

Психиатрическая больница. Много корпусов с черными решетками на окнах, бетонный забор. Большие палаты, залитые утренним солнцем. Несколько месяцев лечения в стационаре. Врачи говорили, что нужно всего лишь принимать таблетки, чтобы остановить заболевание. Долгожданная выписка. И целый список препаратов, которые будут сдерживать заболевание.

Дипломную работу Александр так и не сдал. Дома быстро наступила апатия ко всему: к продолжению учебы, родным, да и к жизни в целом. Внутренних сил не хватало для хоть какой-то целенаправленной деятельности.

ЛЮДИ, НЕ ПОНИМАЮЩИЕ ПРОИСХОДЯЩЕГО, ВО МНОГИХ СЛУЧАЯХ ШИЗОФРЕНИИ ИЗ-ЗА УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЕ, НАСТУПИВШЕГО ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ОБЫЧНО ПРОИЗНОСЯТ: «В БОЛЬНИЦЕ ЕГО СДЕЛАЛИ ОВОЩЕМ!» НА САМОМ ДЕЛЕ ВСЕ ГОРАЗДО СЛОЖНЕЕ. ДЕЛО НЕ В СТРАШНЫХ ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ, ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ НЕСВЕДУЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ, ЛИШАЮТ ЧЕЛОВЕКА РАССУДКА И ВОЛИ. ДЕЛО В САМОЙ БОЛЕЗНИ, КОТОРАЯ МОЖЕТ ДЕСЯТИЛЕТИЯМИ РАЗРУШАТЬ ЛИЧНОСТЬ.

Без нейролептиков снова начинались галлюцинации, и Александр становился тревожным и злобным. Год за годом шизофрения то усиливала свою хватку, то словно отпускала свою жертву на короткое время. В моменты просветления он как будто оживал, возвращался к прежнему себе. За эти 30 лет госпитализаций, лечения, адаптации к болезни Александр знал точно только одно – в больнице всегда помогут.

Александр Иванович, ссутулившись, что-то сумбурно бормотал, сидя передо мной на стуле. Речь его была бессвязной словесной окрошкой. Глаза выглядели пустыми, словно запотевшее от холода стекло. Лицо казалось каменным, без малейших эмоций. Мне хочется в такие моменты верить, что внутри несчастных больных шизофренией людей, где-то глубоко взаперти теплится та самая цельная личность, которая не может освободиться от этих невидимых оков.

Шизофрения – психическое заболевание, для которого характерны дисгармония и утрата единства психических функций: мышления, эмоций, моторики. Изменения личности могут нарастать достаточно быстро, а течение шизофрении – быть длительным, непрерывным или приступообразным.

«У ШИЗОФРЕНИКОВ РЕДКО РАЗВИВАЮТСЯ ДВЕ ИЛИ БОЛЕЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТИ, С КОТОРЫМИ ОНИ МОГЛИ БЫ ПОПЕРЕМЕННО ОТОЖДЕСТВЛЯТЬ СЕБЯ. ЛИЧНОСТЬ ШИЗОФРЕНИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОДНО ЦЕЛЬНОЕ «Я» С БОЛЬНЫМ РАССУДКОМ. ДРОБЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОЗНАЧАЕТ РАЗДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ ЛИЧНОСТИ, ОТДЕЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ОТ ЛОГИЧЕСКОЙ. СОЗНАТЕЛЬНОЕ ОТВОРАЧИВАЕТСЯ ОТ ВНЕШНЕГО МИРА И ОБРАЩАЕТСЯ К МИРУ ВНУТРЕННЕМУ, К ФАНТАЗИИ, К ВООБРАЖЕНИЮ. В ОПРЕДЕЛЕННОМ СМЫСЛЕ ПРОИСХОДИТ ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ С РЕАЛЬНОСТЬЮ». ТАК КАНАДСКИЙ РОМАНИСТ ДЖЕЙ КЛАРК, КОТОРЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА КРИМИНАЛЬНОМ БЕЗУМИИ, ОПИСЫВАЕТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СВОЕМ ПРОИЗВЕДЕНИИ «ВУРДАЛАК».

Шизофрения включает целый комплекс феноменов, психических и поведенческих. Клинически синдром может проявляться галлюцинациями, бредовыми суждениями, искажением мыслительных процессов, патологией эмоций, снижением волевого компонента

и критики. Поведение может быть крайне странным и, порой, даже опасным.

Талант, невероятные способности или искажение восприятия? В рамках учений о шизофрении стоит разобраться в этом интересном моменте. Я думаю, что люди с шизофренией существовали с самого зарождения человеческой цивилизации. Наши предки руководствовались своими представлениями о теле, душе и явлениях окружающей действительности через призму тотемизма и анимизма, и если человек из племени начинал разговаривать с невидимым собеседником или видеть то, чего на самом деле нет, это считалось воздействием духов. Предполагалось, что так можно было вступать в контакт с умершими предками и тотемными животными, духи могли завладеть телом человека, заставляя его совершать странные поступки.

Обычно такие люди считались посланниками богов, обладающими тайным священным знанием. Уважение и почтение общины, власть – вот то, что долгие столетия сопутствовало безумию. Голос знахаря или шамана, который общался с богами, имел большую силу в племени. Люди с трепетом просили у них совета и благословения, при этом самые бредовые высказывания могли интерпретироваться в качестве неоспоримой истины.

Известный психиатр Юрий Каннабих в своей работе «История психиатрии», изданной в 1928 г., отмечает: «Надо думать, доисторическое население земного шара обращалось со своими душевнобольными приблизительно так же, как современные жители тропической Океании или сибирских тундр: агрессивные и опасные больные считались одержимыми злым духом, безобидные и тихие – почитались иногда любимцами богов; первых гнали и порой избивали, за вторыми ухаживали». Как мы видим, в те времена не существовало понятия психической нормы, чего-то среднего между этими крайностями одного заболевания – шизофрении. Многие ученые, изучающие вопросы религии, отмечали, что психическое расстройство часто трактовалось как перерождение, инициация, ритуал. К примеру, у якутов существуют свои представления о том, как человек становится шаманом: еще в юности он «впадает в неистовство», часто теряет сознание, переживает видения, уходит в лес и может наносить себе удары ножом. Безумие и психический хаос, которые охватывают душу, переносят человека в другой, невидимый глазу мир. Выходом из этого состояния является создание новой личности с особыми способностями к провидению. В современной психиатрии этот эпизод можно трактовать как инициальный период шизофрении, так называемая «зарница», или «форпост-симптом».

В античные времена безумие тоже незримо присутствовало в судьбах людей и богов. В мифах Древней Греции герои часто совершали ужасные поступки в помутнении рассудка: Геракл убивает своих детей (по приказу Геры ему глаза закрывают повязкой безумия), Афамант умерщвляет сына, перепутав его с оленем, Аякс вырезает овец Одиссея, приняв их за своих врагов, и т. д.

Греческие философы стремились теоретически обосновать безумие и найти его причины. Платон выделял два вида безумия: одно являлось следствием болезни, а другое посылалось богами в качестве благословения. Платон утверждал, что «бред совсем не есть болезнь, а, напротив, величайшее из благ, даруемых нам богами; под влиянием бреда дельфийские и додонские прорицательницы оказали тысячи услуг гражданам Греции, тогда как в обыкновенном состоянии они приносили мало пользы или же совсем оказывались бесполезными. Много раз случалось, что, когда боги посылали народам эпидемии, кто-нибудь из смертных впадал в священный бред и, делаясь под влиянием его пророком, якобы указывал лекарство против этих болезней. Особый род бреда, возбуждаемого музами, вызывает в простой и непорочной душе человека способность выражать в прекрасной поэтической форме подвиги героев, что содействует просвещению будущих поколений». Судя по диалогу Платона «Федр» в тот период уже произошло разделение на «то, что обычно принято» и «божественные отклонения». Демокрит провозглашал: «Истинный поэт не может быть в здравом уме» – «*Excludit sanos, Helicone poetas*».

В Европе безумие приобрело романтическую, оторванную от реальности трактовку, стало символом новизны и экспрессивности. Только находясь на грани здоровья и безумия,

можно взглянуть на мир под другим углом, выйти за грани дозволенного, за границы сознания. В «Похвале глупости» Эразм Роттердамский отмечает, что «безумию дарована привилегия говорить правду, никого не оскорбляя». Времена требовали перемен, на которые психически здоровые люди не могли решиться. Новое видение мира открывалось лишь людям с нестандартным мышлением. Романтики же находили помутнение рассудка привлекательным. Так, в XVIII в. романтическим называли всё странное и живописное.

Поэтикой безумия интересовались Джордж Байрон, Уильям Вордсворт, Эрнст Гофман и многие другие. Любопытство возникает, когда что-то очень близко тебе, откликается, и ты начинаешь искать это в окружающей действительности. Для романтизма, как противоположности классицизма, характерно индивидуальное своеобразие героев, чувства, противопоставленные окружающей действительности.

К примеру, в повести «Золотой горшок» Гофмана герой связывает реальный мир и фантазийный: «Лучше всего ему было, когда он мог один бродить по лугам и рощам и, как бы оторвавшись ото всего, что приковывало его к жалкой жизни, мог находить самого себя в созерцании тех образов, которые поднимались из его внутренней глубины». Автор иронично изображает обыденность, подчёркивая, что романтический идеал недостижим.

Известнейший литературный критик В. Соловьёв необычайно точно характеризовал творчество Гофмана:

«Существенный характер поэзии Гофмана… состоит в постоянной внутренней связи и взаимном проникновении фантастического и реального элементов, причем фантастические образы, несмотря на всю свою причудливость, являются не как привидения из иного, чуждого мира, а как другая сторона той же самой действительности, того же самого реального мира, в котором действуют и страдают живые лица, выводимые поэтом. …В фантастических рассказах Гофмана все лица живут двойною жизнью, попеременно выступая то в фантастическом, то в реальном мире. Вследствие этого они или, лучше сказать, поэт – через них – чувствует себя свободным, не привязанным исключительно ни к той, ни к другой области». Так, Гофман через своё творчество (а он не только писатель, но и музыкант, композитор, художник) пытался переосмыслить действительность, выразить свои эмоциональные переживания и искания в образных представления.

«Почему он называет шизофрению болезнью? Разве нельзя было бы с таким же успехом считать ее особым видом душевного богатства? Разве в самом нормальном человеке не сидит с десяток личностей? И не в том ли разница только и состоит, что здоровый в себе их подавляет, а больной выпускает на свободу? И кого в данном случае считать больным?» – отмечает Эрих Мария Ремарк в «Черном обелиске».

В Средние века церковь считала безумие наказанием, происками дьявола. Когда в Европе началась охота на ведьм, инквизиция предавала суду, сожжениям, пыткам и душевнобольных. Самым известным делом в истории человечества считается охота на салемских (сейлемских) (Салем – город на северо-востоке США, основанный английскими переселенцами в 1626 г.) ведьм, в котором пострадало около 200 человек.

Философ Мишель Фуко написал интереснейший труд «История безумия в классическую эпоху», основываясь на документах о сумасшедших XV века. Анализируя данные, Фуко отмечал, что уже тогда психически больных людей предпочитали изолировать от общества и увозили их на кораблях: «Такие корабли, заполненные сумасшедшими и перевозившие свой необычный груз из города в город, были на самом деле. В те времена безумцам ничего не стоило вести бродячий образ жизни. Города при первом удобном случае изгоняли их за пределы своих стен; и они так и скитались по отдаленным деревням, если только их не препоручали какой-нибудь группе купцов или паломников. Особенное распространение этот обычай получил в Германии; в Нюрнберге в первую половину XV в. было зарегистрировано 62 умалишенных; 31 человек был изгнан из города; за следующие пятьдесят лет, судя по дошедшим до нас свидетельствам, еще 21 человек не по своей воле покинул город – причем речь идет только о безумцах, задержанных муниципальными властями. Нередко бывало, что их передавали на попечение морякам: в 1399 г. во

Франкфурте матросам поручают избавить город от безумного, который расхаживал по улицам нагишом; в самом начале XV в. какого-то невменяемого преступника таким же образом переправляют в Майнц. Случается, что моряки ссаживают на берег своих неудобных пассажиров раньше, чем обещали; подтверждением тому – история с франкфуртским кузнецом, которого дважды выдворяли из города и который оба раза возвращался обратно, покуда наконец его не доставили в Крейцнах, где он и осел. Должно быть, у причалов европейских городов часто можно было встретить такие «корабли дураков»… Безумец заперт на его борту, словно в тюрьме, побег из которой невозможен; он – всецело во власти реки с тысячью ее рукавов, моря с тысячью его путей, их великой переменчивости, не подначальной ничему. Он – узник, стоящий посреди самой вольной, самой широкой из дорог; он накрепко прикован к открытому во все концы света перекрестку. Он – Пассажир в высшем смысле слова, иными словами, узник перехода. И неведома никому земля, к которой причалит его корабль, – равно как не знает никто, из каких краев он прибыл, когда нога его ступает на берег. Нет у него иной правды, иной родины, кроме бесплодных просторов, пролегающих между двумя берегами, двумя чужбинами».

Мыслители эпохи Ренессанса часто обращались к античным трудам, не оставляя попыток выяснить истоки развития шизофрении.

Феликс Платер (1536–1614 гг.), швейцарский медик эпохи Ренессанса, отмечал, что многие талантливые люди были помешанными: они совершали странные, порой неприличные поступки, испытывали нелепую страсть к похвале. Платер изучал всё многообразие душевных болезней, посещая монастырские кельи, подвалы, тюрьмы и другие места заключения беспокойных больных. Его «Наблюдения» (1614 г.) – являются выдающимся трудом медицины начала XVII в.

Стоит отметить, что Платер был придворным врачом князей и дворян, профессором медицины, затем ректором Базельского университета. Он разработал первую классификацию психических расстройств, где четко разделил *экзогенные и эндогенные психозы*. Так Феликс Платер определяет психоз: «Помешательство (или галлюцинация), называемое также paraphrosyne, состоит в том, что (люди) воображают вещи, которых нет, или же о тех вещах, которые имеются налицо, высказывают извращенные суждения и плохо помнят все вообще или отдельный какой-нибудь предмет, причем описанные расстройства наблюдаются у них в мыслях, или в речах, или в действиях». Паскаль отмечал, что величайшая гениальность граничит с полнейшим сумасшествием. Гекарт, соглашаясь с этим утверждением, издал в 1823 г. свои наблюдения под названием: «Стултициана, или Краткая библиография сумасшедших, находящихся в Валенсъене, составленная помешанным».

С развитием естественнонаучного подхода в лечении психических заболеваний появляются специализированные изоляторы для содержания душевнобольных. «В большинстве европейских городов на протяжении всего Средневековья и Возрождения существовали особые места лишения свободы, предназначенные для сумасшедших, – как, например, Шатле в Мелене или знаменитая каннская Тур-о-Фу, Башня дураков; таковы же бесчисленные немецкие Narrenturm», – как пишет уже известный вам Мишель Фуко.

Первые больницы такого типа возникли в Испании в XV в., позже – в Германии, Швейцарии и Швеции. Конечно, речь шла не о лечении, а о проведении вполне реальных границ между миром «здоровых» людей и шизофреников. Люди содержались в грязи, в оковах, темных камерах. Антисанитария, высокая смертность и жестокие методы лечения (обездвиживание, телесные наказания) – ничем не отличали больницу от тюрьмы. «Мы запираем этих несчастных созданий словно преступников в сумасшедшие дома, в эти вымершие тюрьмы за городскими воротами, где в глухих расщелинах поселились совы, и оставляем их там загнивать в собственных нечистотах», – с болью отмечал немецкий психиатр Иоганн Христиан Рейль.

Здания некоторых больниц для душевнобольных сохранились по сей день. К примеру, в строении Башни дураков, Narrenturm (от *нем.*: Narr – сумасшедший, Turm – башня), старейшей в Европе лечебнице, в настоящее время располагается патологоанатомический

музей, относящийся к кампусу Венского университета. Как же происходит это признание человека безумцем? Через некое косвенное негативное восприятие, боковое зрение, мгновенное рассуждение. Ф. Буасье де Соваж, яркий представитель французской психиатрии XVIII в., задавался вопросами классификации психических расстройств, той тонкой грани между нормой и патологией. В своей известной работе «Методическая нозология» он отмечал: «Когда человек ведет себя сообразно знаниям, доступным здравому разуму, достаточно лишь обратить внимание на его жесты и движения, на его желания, речи и рассуждения, чтобы обнаружить связь между всеми его действиями и цель, к которой все они направлены». Когда же речь идет о безумце, «ему не обязательно строить ложные силлогизмы, чтобы обнаружить подверженность свою галлюцинациям либо бредовым состояниям; его заблуждение и галлюцинация заметны сразу, ибо действия его не согласуются с поведением других людей».

В XVIII в. безумцы распознаются врачами мгновенно и уверенно. При этом понятие безумия покрыто неопределенностью, не ясно до конца. Эта инаковость была одновременно так далеко и так близко.

Декарт, говоря о помешанных, твёрдо знал, что сам он не таков, соотнося увиденные им клинические симптомы со своим мироощущением. М. Фуко пишет: «Декарт, следуя путем сомнения, обнаруживает, что безумие сродни сновидению и заблуждению ума во всех его формах. Нет ли в возможности оказаться безумным опасности лишиться собственного тела – подобно тому, как окружающий мир может исчезнуть в заблуждении ума, а сознание – забыться сном? И каким образом мог бы я отрицать, что эти руки и это тело принадлежат мне, иначе как приравняв себя к каким-то безумцам, мозг которых настолько помрачен парами черной желчи, что они упорно считают себя королями, хотя очень бедны, или одеты в золото и пурпур, хотя совершенно наги; или имеющими хрупкую голову, или же сделанными из стекла?»

Больничные реформы, проведенные в начале XIX столетия в Европе, улучшили положение душевнобольных людей в обществе. Железные оковы сменились смирительными рубашками и комнатами с мягкими стенами. Затем на смену «системы нестеснения» пришла система «открытых дверей» в психиатрических больницах. Так, пациенты с шизофренией получили возможность лечиться амбулаторно. Во второй половине XX в., с появлением антипсихотических препаратов – нейролептиков и антидепрессантов, – в медицине началась эра *психофармакологии*.

В настоящий момент существует несколько подходов к тому, что называть психической нормой, но ни один из них не предоставляет исчерпывающего ответа. Норму можно рассматривать как состояние, позволяющее человеку лучше приспособиться к быстро меняющимся окружающим условиям. О психических заболеваниях не принято открыто говорить в обществе, и я считаю это в корне неверным. Люди, как правило, мало осведомлены о вопросах психического здоровья. Образ психиатрической больницы до сих пор остается в сознании многих людей в качестве жуткого, мрачного места, где над пациентами нещадно издеваются. То есть, по сути в современном обществе до сих пор сохраняется стигматизация и психически нездоровых людей, и мест, где им могут помочь.

Как правило, большинство больных, нуждающихся в медицинской помощи, не решаются идти к врачу-психиатру именно из-за негативного отношения общества.

Стигма (от *др. – греч. S*tigma – знак, клеймо, татуировка, пятно, отметина) – это клеймо, которое отпечатывается на внешнем облике пациента, составляет внутреннюю картину болезни – представление, которое формируется на основе внутренней картины мира человека. Оно многогранно, это целостный образ болезни, ее отражение в психике заболевшего, часть сознания, познание самого себя в болезни. Оно показывает, как изменяется жизнедеятельность человека под действием расстройства. Стигмой в Древней Греции называли клеймо, которое ставилось на теле рабов или преступников. В Средние века стигмой обозначали кровавые язвы, которые появлялись на теле религиозных фанатиков. В настоящее время стигма расценивается как знак бесчестья, неодобрения,

негативной оценки, презрения, который приводит к тому, что человек в конце концов изолируется от общества.

М.Я. Мудров, изучавший субъективные переживания болезни, отмечал: «Чтобы правильно лечить больного, надобного узнать больного во всех его отношениях, причины, на его тело и душу воздействующие, надобно объять весь круг болезни, и болезнь сама скажет имя свое».

При шизофрении вопрос о внутренней картине болезни стоит наиболее остро, так как именно на ее основе определяется психопатологическая характеристика пациента, т. е. важна критическая оценка больным происходящего. Это имеет огромное значение при оценке эффективности лечения, реабилитации и социальной адаптации.

Существует такое понятие, как самостигматизация, когда сам человек считает себя больным, не таким, как все, опасным. И пациенты с шизофренией – живая мишень стигматизации. Это большая проблема, о которой необходимо говорить в мировом сообществе!

Шизофрения – психическое расстройство с относительно высокой распространенностью: 0,7–1 % населения Земли. Стоит отметить, что это в 3–5 раз больше, чем распространенность сахарного диабета 1-го типа. Как правило, эта болезнь настигает в молодом возрасте, и заболевшие нуждаются в медицинской помощи на протяжении всей жизни. Они часто госпитализируются – в РФ ежегодно получают стационарную помощь около 40 % всех больных шизофренией, состоящих на диспансерном учете, что составляет порядка 50 % всех пациентов психиатрических стационаров. Известно, что мужчины и женщины в равной степени подвержены этому психическому заболеванию, а продолжительность жизни пациентов с шизофренией короче в среднем на 10 лет из-за повышенного риска суицида и сопутствующих соматических заболеваний – сердечно-сосудистых, эндокринных и пр.

Шизофрения имеет серьезные последствия для человека – в связи с нарушением социального функционирования более 50 % больных шизофренией в мире длительно нетрудоспособны (шизофрения входит в первую десятку причин, приводящих к нетрудоспособности лиц молодого возраста (15–44 лет) по данным ВОЗ).

Прежде предполагалось, что распространенность шизофрении в разных странах мира приблизительно одинакова. Различия связывались только с особенностями организации психиатрической службы, числом врачей-психиатров, используемыми критериями диагностики. В последние десятилетия появились убедительные данные, что заболеваемость шизофренией существенно зависит от распространенности таких факторов риска, как высокая плотность населения, употребление наркотиков и т. д.

2013 год, одна из палат психиатрической больницы.

Перед окном стоит хорошо сложенный, высокий молодой человек. Максиму только исполнилось 18 лет. Он пристально смотрит на свежевыпавший снег за окном и играет на невидимой скрипке.

– Как твои дела, Максим? – интересуется доктор.

Парень резко поворачивается и стальным голосом произносит:

– Не мешайте! Вы же видите, я играю на скрипке.

Он отворачивается к окну и продолжает играть.

Впервые столкнувшись со столь юным пациентом, начинаешь задаваться вопросами: что произошло? Почему употребление спайса привело к таким последствиям? Неужели, однажды употребив наркотик, можно заболеть навсегда? К сожалению, сейчас такие пациенты встречаются мне все чаще.

Прошло около 5 лет. Я продолжаю работать психиатром в поликлинике и регулярно вижу Максима, который приходит на прием за лекарствами. Болезнь теперь контролирует всю жизнь молодого парня. Он постоянно слышит музыку в своей голове и голоса, которые

мешают спать ночью. Несколько раз в год он проходит курс лечения в психиатрической больнице. Каждый день Максим принимает психотропные препараты, лишь на время заглушающие музыкальные галлюцинации. Он бросил учебу, свое время проводит в одиночестве дома. Друзья отвернулись. Жизнь не кажется такой интересной и радужной. Спайс разрушил все: будущее, карьеру, семейную жизнь, мечты…

Термин шизофрения (от *греч.* Schizo – разделять, расщеплять, phren – ум, разум) трактуется как «расщепление разума». Шизофрения – тяжелое прогрессирующее расстройство психики, требующее квалифицированной медицинской помощи. Изменения личности при этом нарушении необратимы. Шизофрения является психическим заболеванием с утратой целостности личности, нарушением процесса мышления, разнообразными психопатологическими синдромами. Симптоматика данного заболевания крайне полиморфна, многогранна и включает в себя практически все имеющиеся в психиатрии регистры патологии. Диагноз может поставить только врач-психиатр на основании беседы с человеком и его родственниками.

Расщепление («схизис») психических функций при фактически сохранном интеллекте лежит в основе этой патологии. В своей клинической практике я встречала множество примеров, когда люди, страдающие шизофренией, вполне успешно справлялись со сложной умственной работой, при этом основной трудностью, с которой они сталкивались – невозможность сконцентрироваться, совершить волевое усилие, начать какое-либо действие.

Многие люди склонны думать, что шизофреник – это человек с галлюцинациями. Однако обманы восприятия являются лишь небольшой частью возможных проявлений болезни (при шизофрении могут встречаться также бред, нарушения мышления, апатия, абулия, социальная отгороженность и т. д). Да и они не во всех случаях являются абсолютными признаками именно шизофрении – наличие галлюцинаций может свидетельствовать, к примеру, о декомпенсации тяжелой соматической патологии, инфекционном заболевании или выраженной интоксикации.

Клиническая симптоматика, сходная с той, которую в наши дни относят к шизофрении, описывалась с глубокой древности. Но научное изучение шизофрении как болезни началось лишь в конце XIX в.

Психозы в отдельном их проявлении начали рассматриваться с 1871 г.: Э. Геккером была описана гебефрения (психоз, сопровождающийся дурашливостью), в 1874 г. К.Л. Кальбаумом – кататония (психотическая симптоматика с мышечным напряжением), в 1891 г. В. Маньян определил динамику хронического бредового психоза.

Наибольший вклад в развитие учения о шизофрении внес немецкий психиатр Эмиль Крепелин. Он предположил, что гебефрения, кататония и бредовые психозы имеют единую природу, являются результатом прогрессирования одной болезни. Ведь при всех этих состояниях заболевание начинается в относительно молодом возрасте, а в ходе своего течения они приводят к выраженному дефекту личности. Для обозначения этой болезни он использовал термин французского психиатра Б. Мореля *dementia praecox* (раннее слабоумие).

После Э. Крепелина значительное влияние на развитие концепции шизофрении имели работы Эйгена Блейлера, который предложил сам термин «шизофрения» в 1911 г., деление симптомов при шизофрении на первичные (негативные) и вторичные (продуктивные, позитивные). «Позитивные» симптомы шизофрении представлены бредом, галлюцинациями, нарушением мышления, «негативные» – апатией, отсутствием побуждений, вялостью и социальной отгороженностью.

Точные причины шизофрении до сих пор неизвестны. Да, мировой науке еще многое предстоит узнать о человеческом организме! Головной мозг, например, является самым загадочным объектом многочисленных исследований. У клиницистов и научных сотрудников за десятилетия работы сложилось мнение, что шизофрения является мультифакторным заболеванием, т. е. возникает вследствие воздействия эндогенных (нарушения работы нейромедиаторов, патологии структур головного мозга) и экзогенных

факторов (физические и психические травмы, употребление психоактивных веществ, инфекции, воздействие окружающей среды, общества и семьи). Именно эта концепция происхождения шизофрении, называемая «стресс-диатез», в настоящее время является общепринятой.

При шизофрении выявляются морфологические изменения определенных структур головного мозга: расширение боковых желудочков, разряжение серого вещества и гиппокампа. При этом анатомические изменения, которые наблюдаются у пациентов с шизофренией, не являются специфичными признаками данного заболевания

Генетическая основа заболевания подтверждается результатами многочисленных генеалогических исследований семей пациентов, близнецовым и рядом других методов генетических исследований. К примеру, риск развития шизофрении у детей, если один из родителей страдает шизофренией, составляет 7–13 %, если больны оба: 27–46 %, у внуков – 5 %. Вероятность заболеть у одного из родителей в случае болезни ребенка – 6 %. У гетерозиготных близнецов – 17 %, у монозиготных близнецов – 41–65 %, у братьев или сестер – 9 %, у племянников – 4 %.

Поиск «главного» гена, вызывающего шизофрению, представляет собой весьма сложную задачу, так как для этого требуются исследования больших родословных со многими случаями заболевания. С развитием генетического типирования в недалеком будущем можно будет прогнозировать возможность рождения больных или здоровых детей, определять вероятность возникновения шизофрении из-за «поломки» генов.

Когда идет речь о роли наследственности в генезе развития шизофрении, я вспоминаю своих пациентов, целую семью, все члены которой (мать, отец и трое детей) болели шизофренией. Интересно, что, казалось бы, одно и то же заболевание имеет столь разные проявления у разных людей. Отец видел яркие зрительные галлюцинации, мать находилась во власти разнообразных бредовых идей, каждый из детей имел нарушения психики разной степени выраженности. Группа инвалидности стала уделом целой ячейки общества.

Кроме генетической предрасположенности, в развитии шизофрении, определенно, играет свою роль неблагоприятное воздействие внешней среды. Среди наиболее известных подобных факторов риска можно назвать социальные стрессоры, жизнь в мегаполисе, употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков), осложнения во время беременности и родов, психотравмирующие ситуации.

Если говорить о социальных особенностях людей, в большей степени подверженных шизофрении, то стоит отметить, что риск у мигрантов значительно выше, чем у оседлого населения. Этот феномен может быть связан как с социальным неблагополучием (бедность, бездомность, дискриминация, социальная изоляция и пр.), так и с миграцией по бредовым мотивам.

Заболевший может считать, к примеру, что за ним следят, недоброжелатели хотят убить, поэтому он выбирает в своем поведении стратегию избегания, в ряде случаев может наблюдаться и оборонительная позиция, когда человек баррикадирует дверь, заколачивает окна, чтобы воображаемые злоумышленники не проникли в квартиру, и т. д. Больной может сменить квартиру, город и даже страну, исходя из своих болезненных переживаний, менять до неузнаваемости внешность, свое имя и фамилию.

Ученые выяснили, что люди, выросшие в городах, имеют больший риск развития шизофрении, чем те, кто вырос и живет в сельской местности. Это отчасти можно объяснить меньшей доступностью медицинской помощи в селах, и, соответственно, меньшей выявляемостью заболеваний, также повышение риска может быть обусловлено загрязнением внешней среды в городах, «информационными перегрузками», стрессами и пр.

На развитие шизофрении может оказать влияние какой-либо фактор на любом этапе жизни человека, включая внутриутробный период. В этот промежуток времени человек особенно беззащитен – еще только закладываются органы и системы, на которых может

пагубно сказаться недостаток питания матери в первый и начало второго триместра беременности, инфекционные заболевания – грипп, краснуха, токсоплазмоз, герпес. Гипоксия плода и преждевременные роды также могут наложить негативный отпечаток на психическое состояние здоровья в последующем.

Психотравмирующие неблагоприятные жизненные события, чрезмерные эмоциональные нагрузки, воспитание в семье по типу назойливой гиперопеки, т. е. стремление к тотальному контролю со стороны родителей, насилие – все это может стать «пусковыми» факторами шизофрении.

Распространенность шизофрении оценить достаточно сложно даже сейчас, при наличии современных, чувствительных и точных диагностических подходов, методов нейровизуализации (позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная томография и пр.). Это связано с особенностями клинической картины и течения заболевания, работой психиатрической службы, учета случаев возникновения болезни. Интересно, что за последние 50 лет заболеваемость в разных странах остается стабильной – около 1–2 % населения земного шара страдают этим недугом. Это значит, что на 1000 человек населения приходится 1–2 человека с шизофренией. Самая высокая заболеваемость приходится на 20–29- летних и далее с возрастом уменьшается.

Шизофрения различается по своему течению. Болезнь может изначально развиваться постепенно, с раннего возраста, быстро достигая выраженных изменений личности. Такая форма шизофрении называется *непрерывнотекущей* и является самой неблагоприятной из-за быстрого нарастания негативной симптоматики, отсутствия ремиссии и безвозвратного разрушения личности до дефектных (конечных) состояний.

Для *периодической (рекуррентной)* шизофрении характерно наличие фаз в развитии болезни и появлением ограниченных по времени приступов. Изменения личности выражены не резко. На первый план выступает аффективная симптоматика: раздражительность, тревога, депрессия, гипомания, мания. В течение жизни у пациента возможен как один, так и несколько приступов.

Промежуточное место между указанными типами занимает *приступообразно-прогредиентная* шизофрения. В этом случае на фоне непрерывного шизофренического процесса появляются приступы, схожие с приступами рекуррентной шизофрении. С каждым новым приступом дефект личности становится больше, словно действительно происходит «раскол» психики.

В клинической картине шизофрении выделяют специфические для этого заболевания расстройства, которые достаточно разнообразны: аутизм, нарушения психической активности, эмоций, мышления. Данные симптомы называют «негативными». Если рассматривать личность как нечто целое, вследствие заболевания появляется дефект, расщепление и дефицит психических функций. Сроки наступления необратимых изменений личности различны. Далее мы с вами попробуем более детально разобрать каждый из симптомов, который может встречаться при этом расстройстве психики.

Аутизм является первым «негативным» признаком шизофрении. Человек как будто отрывается от окружающей действительности. У него возникает особый внутренний мир, специфические увлечения и фантазии, суждения становятся витиеватыми и непонятными окружающим. Обычно такие люди замкнуты и лучше чувствуют себя в одиночестве. Стоит отметить, что термин аутизм, который ввел в 1911 г. Э. Блейлер, применим как описание симптомов отгороженности и отрешённости при шизофрении. Уже гораздо позднее, с 1940-х гг., этот термин нашел применение в детской психиатрии благодаря Лео Каннеру и Гансу Аспергеру. Аутизм как отдельное заболевание (расстройство аутистического спектра, РАС) предполагает нарушение развития у детей в сочетании со стереотипным поведением и трудностями социального взаимодействия. Мы обязательно рассмотрим данное психическое расстройство в одной из следующих глав этой книги. Один из маленьких пациентов психиатрической больницы – 6-летний Ванечка. «Даже в таком возрасте бывает шизофрения?» – удивитесь вы. «Да», – с большой скорбью отвечу я вам.

Заболевание, начавшись в таком раннем возрасте, на всю жизнь оставляет человека особенным, со своим внутренним непонятным другим людям миром. Больше всего на свете светловолосого голубоглазого мальчика Ваню интересуют модели холодильников. Он знает их все, все, что есть в мире, с увлеченностью зарисовывает их конструкции. Это не просто хобби, такое, как собирание значков или ярких фантиков. Это целый мир, вокруг которого вертится планета и уставшая мама Вани. Мальчик не умеет самостоятельно одеваться, гигиенические процедуры происходят только под чутким контролем семьи. С общением не ладится, Ваня сторонится сверстников, не смотрит в глаза и избегает любого общества. Шизофрения, которая начинается в таком раннем возрасте, безвозвратно нарушает развитие ребенка. Ваня часто тревожится и плачет, особенно, когда в голове звучат непонятные ему голоса. Он может часами смотреть на стену перед собой, а потом внезапно начинает с огромной силой биться об нее. Трудно даже представить, что в такие моменты происходит внутри этого маленького человека.

Характерной особенностью шизофрении является снижение психической и познавательной активности. Человеку становится труднее учиться, работать, концентрировать внимание, воспринимать новую информацию и использовать запас знаний, хотя формально интеллектуальные функции остаются сохранными. Для описания волевого дефицита в случае шизофрении используют термин «абулия». При этом человек не просто не может выполнить какое-то действие, он порой не способен совершить волевое усилие, чтобы принять решение. И со временем он теряет интерес к труду и активности в целом.

Изменения эмоциональной сферы при шизофрении своеобразны. Эмоциональное обеднение возникает уже в начале заболевания и медленно и неуклонно прогрессирует. Человек постепенно становится холодным, эгоистичным, его перестают интересовать события в семье, на работе и окружающем мире. Мимика скудеет, лицо выглядит маскообразным. Эмпатия – способность сопереживать другим людям – утрачивается. Меняется весь внешний облик больных.

Одновременно с этим возникает парадоксальность эмоциональных реакций. Больные шизофренией достаточно равнодушно переносят несчастье, например, смерть близких, но проявляют бурные эмоции по незначительным поводам и высказываниям окружающих людей. Эмоциональные реакции становятся неадекватными происходящей вокруг ситуации. Особенно ярко это выражено при аффективно-бредовом синдроме, когда пациент не в силах контролировать свою раздражительность и агрессию, несмотря на спокойную окружающую обстановку

Существует понятие бредового настроения – это страх, тревога, напряженность с ощущением враждебности окружающего мира, чувством своей незащищенности в сочетании с подозрительностью, настороженностью. Такой пациент может занимать оборонительные позиции в квартире, баррикадировать двери, заклеивать окна, проверять одежду и личные вещи родных.

Особое место в симптоматике занимают нарушения мышления. Они крайне разнообразны: нелепость суждений, паралогичность (отсутствие логической структуры речи), наплывы мыслей или, наоборот, их закупорка (шперрунг), разорванность речи (иногда достигающая степени словесной окрошки – шизофазии, при которой речь, сохраняя грамматическую правильность, теряет смысл). Для шизофазии также характерны речевой напор, отсутствие потребности в собеседнике («симптом монолога»). Э. Блейлер приводит такой пример речи больного: «Желуди… и это называется по-французски другим словом… табак… я тебя хорошо видел… если каждую мысль записать, тогда хорошо… Впрочем, не всегда». В обычных вещах шизофреник может видеть символы и знаки, секретную информацию, доступную только ему (символизм). Больные могут многократно совершать «ритуальные» действия, придавая им особое значение вследствие бредовой трактовки окружающего или по велению приказывающих голосов. К примеру, перед выходом из дома шизофреник семь раз прыгает по коридору на одной ноге и требует от матери, чтобы она также исполняла ритуал, иначе никто никуда не идет. Мысли могут казаться совершенно

чужими, вложенными кем-то посторонним в голову больного. Болезненные переживания в ряде случаев могут иметь религиозную тематику.

Галлюцинациии – один из ярких продуктивных симптомов шизофрении, искаженное восприятие индивидуумом окружающей действительности. Обманами восприятия называют состояния, когда человек слышит, видит или осязает то, чего нет на самом деле. Этим галлюцинации принципиально отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность.

Александра, уже больше 10 лет болеющая шизофренией, во время беседы отмечает: «Я слышу голоса и музыку с утра до вечера. Стараюсь к ним не прислушиваться. Музыка играет как радио…». И при том, что женщина испытывает слуховые галлюцинации, она продолжает работать, ходит в магазин, на почту, поддерживает семейные и дружеские контакты.

Внимание заболевших шизофреников распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда человек настолько поглощен несуществующими образами, что совершенно игнорирует действительность. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Чаще всего при шизофрении возникают слуховые галлюцинации. Человеку может казаться, что какие-то голоса звучат у него в голове или исходят из внешних объектов, при этом голоса могут иметь угрожающий, приказывающий или комментирующий характер. Разговоры или отдельные фразы сопровождают пациента в любое время суток. Содержание галлюцинаторных высказываний может быть абсурдным, лишенным всякого смысла, но по большей части в них выражаются различные идеи (далеко не всегда безразличные больным). Голосов может быть несколько, они могут быть детскими, мужскими или женскими.

Опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Например, галлюцинации могут запрещать пациенту есть или пить. Человек днями может отказываться от предложенной еды, противиться кормлению. В моей практике встречались случаи, когда человек за несколько недель отказа от еды терял большую массу тела (10 кг и более). Нередки случаи, когда голоса приказывают ударить и даже убить себя или посторонних людей. Галлюцинации опасны! Больной в психозе может навредить себе самому и окружающим, совершить противоправные и общественно опасные действия. В таком случае, согласно Закону о психиатрической помощи РФ, человеку необходима госпитализация в стационарное отделение психиатрической больницы с целью снятия острой психотической симптоматики.

Кроме голосов возможны и невербальные слуховые галлюцинации (*акоазмы*) в виде шума, треска, щелканья, стука. При галлюцинациях музыкального содержания больной слышит игру музыкальных инструментов, пение, хоры.

«КОГДА Я НЕ СПЛЮ, МНЕ КАЖЕТСЯ, ЧТО ПЕРЕДО МНОЙ МЕЛЬКАЮТ В ВОЗДУХЕ ЯРКИЕ ОГНИ, И ГЛАЗА У МЕНЯ БЫВАЮТ ИНОГДА ДО ТОГО ВОСПАЛЕНЫ, ЧТО Я БОЮСЬ ПОТЕРЯТЬ ЗРЕНИЕ; В ДРУГОЕ ВРЕМЯ Я СЛЫШУ СТРАШНЫЙ ГРОХОТ, СВИСТ, ДРЕБЕЗГ, ЗВОН КОЛОКОЛОВ И ТАКОЙ НЕПРИЯТНЫЙ ШУМ, КАК БУДТО ОТ БОЯ НЕСКОЛЬКИХ СТЕННЫХ ЧАСОВ. А ВО СНЕ Я ВИЖУ, ЧТО НА МЕНЯ БРОСАЕТСЯ ЛОШАДЬ И ОПРОКИДЫВАЕТ НА ЗЕМЛЮ ИЛИ ЧТО Я ВЕСЬ ПОКРЫТ НЕЧИСТЫМИ ЖИВОТНЫМИ. ПОСЛЕ ЭТОГО ВСЕ ЧЛЕНЫ У МЕНЯ БОЛЯТ, ГОЛОВА ДЕЛАЕТСЯ ТЯЖЕЛОЙ, НО ВДРУГ ПОСРЕДИ ТАКИХ СТРАДАНИЙ И УЖАСОВ ПЕРЕДО МНОЮ ПОЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗ СВЯТОЙ ДЕВЫ, ЮНОЙ И ПРЕКРАСНОЙ, ДЕРЖАЩЕЙ НА РУКАХ СВОЕГО СЫНА, УВЕНЧАННОГО РАДУЖНЫМ СИЯНИЕМ», – ТАК ОПИСЫВАЛ СВОЕ СОСТОЯНИЕ ИТАЛЬЯНСКИЙ ПОЭТ XVI в. ТАССО.

Если человек во время беседы неожиданно замолкает, к чему-либо прислушивается, затыкает уши, озирается, разговаривает с мнимым собеседником, внезапно и беспричинно

смеется, отвечает на вопросы невпопад или чрезмерно замкнут, похоже, у него слуховые галлюцинации.

Возможны тактильные галлюцинации вычурного, неприятного, тягостного характера, называемые *сенестопатиями,* – например, «черви едят сердце; мозг трется об черепную коробку; желудок как будто вывернут; чувство, что органы сгнили». Тело может казаться чужим, измененным – так проявляется деперсонализация. *Алгические сенестопатии* – это болевые ощущения, отличающиеся необычайным разнообразием: сверлящие, жгучие, острые, тупые, распирающие, сжимающие, рвущие, разламывающие, прокалывающие, ноющие, свербящие, выворачивающие, тянущие, грызущие, ломящие, режущие, стреляющие и др. У одного больного могут быть самые различные виды алгических ощущений.

Иногда пациенты определенным образом группируют неприятные ощущения для того, чтобы разобраться в них самим или полнее информировать врача о своем самочувствии. Они записывают проявления, локализацию и время возникновения сенестопатий в отдельную тетрадь. Боли могут быть постоянными или возникать в виде кратковременных приступов. В течение нескольких лет локализация алгических ощущений может меняться (ограничиваться одной частью тела или появляться в разных местах).

Обонятельные и вкусовые галлюцинации не похожи на воспринимаемую обычную действительность. Они непривычны и крайне неприятны, навязчивы («вкус жженой бумаги во рту; запах керосина; жжение в половых органах; переливание в груди»). Такие галлюцинации найдут отражение в поведении: больные будут постоянно закрывать окна, сплевывать слюну и т. п.

Зрительные галлюцинации при шизофрении появляются реже, чем слуховые. Они различаются по окраске, размерам, четкости контуров, деталей, степени сходства с реальными объектами, подвижности, локализации в пространстве. Галлюцинации могут выглядеть как люди, животные, насекомые, провода, паутина.

Нарушения интеграции психических процессов приводят к изменениям восприятия своего Я, симптомам деперсонализации и дереализации. Тело, движения, речь могут казаться чужими. Уровень восприятия окружающего мира снижается, и человек становится как будто оторванным от реальности.

Марина, молодая улыбчивая девушка, работала кондуктором автобуса. Каждый день был похож на другой. Сотни пассажиров, движение, теснота в час пик. Зимой автобус словно раскалялся от обогревателя и стекла запотевали причудливыми узорами, а летом из открытых окон сквозил душный городской воздух. В последнее время Марина совсем не высыпалась и еле сползала с кровати по утрам. По вечерам, после работы, из ниоткуда появлялась тревога. Переживание нарастало, казалось, произойдет что-то очень страшное.

Как-то раз, на автобусной остановке, где начинался ее рабочий день, Марина почувствовала ужасный запах.

«Откуда эта вонь? Как будто гудрон смешали с горькими полевыми травами…» – проносилось в голове девушки. Казалось, назойливый удушающий запах чувствовался даже на языке. Весь день Марина продолжала ощущать в воздухе противный аромат. Девушка спросила Виктора, водителя, чувствует ли он что-то. На что Виктор только озадаченно посмотрел на нее. Ситуация повторялась несколько дней. Марина спрашивала знакомых, коллег, соседей и даже прохожих об этом ужасном запахе, но никто не понимал, о чем идет речь. Девушка обратилась к своему терапевту, но он не обнаружил никаких отклонений и порекомендовал обратиться к психиатру. Впервые заходя в кабинет врача-психиатра, Марина была настроена решительно и не испытывала страха, она была твердо уверена: ей обязательно помогут. У девушки была диагностирована шизофрения и назначены современные нейролептики, избавившие ее от сопровождающего всюду ужасного запаха.

Еще одно частое проявление шизофрении – бред. Совокупность бредовых идей, определенных убеждений, которые не соответствуют тому, что окружает человека в

реальности. Разубеждению, как правило, данные идеи не поддаются. Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает ее от сверхценной идеи. Больной может думать, что он получает или передает мысли на расстоянии, обладает уникальной способностью читать чужие мысли, или что его собственные доступны восприятию окружающих, вокруг него идет какая-то непонятная «игра», что-то подстраивается против него. Он может считать, что его поведение контролируется кем-то извне, происходят изменения в организме или что он может необычным образом влиять на происходящее. Характерна интенсивная и непродуктивная сосредоточенность на метафизических, парапсихологических, религиозных идеях. У пациентов обычно отсутствует осознание болезни, критическое осмысление происходящего (особенно на высоте психоза).

По своему содержанию бредовые идеи могут быть различными. Наиболее часто встречается так называемый *бред отношения,* когда человек по-своему трактует действия и слова окружающих. Больному кажется, что люди вокруг негативно настроены, обсуждают его за спиной, родные проявляют злой умысел.

Бред преследования отличается тем, что человек уверен: недоброжелатели намерены причинить ему некий ущерб, осуществляют слежку или уже причиняют некий вред: соседи травят газом, воздействуют лучами, родственники подсыпают в еду отраву. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей – избегают прежних контактов, меняют место жительства, уезжают в другие города или отдаленные районы, пытаются сменить внешность. Спустя некоторое время при нарастании тревоги они могут переходить к активным защитным действиям и с этого момента становятся опасными для окружающих. Бред преследования сопровождается двигательным возбуждением: человек прячется, может заклеивать двери и окна, строить баррикады в квартире и занимать оборонительные позиции.

Мне вспомнился один случай из практики: пациентка, страдающая шизофренией, считала, что недоброжелатели воруют еду из холодильника, воздействуют вредоносным излучением, портят одежду. Она не спала по ночам, беспрестанно стучала в двери к соседям, «чтобы прекратилось это безобразие», и была весьма агрессивно настроена. За последний год больная сменила 3 места жительства, «чтобы избавиться от людей, которые хотят навредить». Родные пациентки обратились ко мне, чтобы я провела осмотр на дому и назначила эффективное лечение. Сама женщина больной себя не считала и к психиатру на прием идти категорически отказывалась.

Человек с *бредом воздействия* считает, что его мысли, поступки, переживания являются результатом влияния некой внешней силы, колдовства или гипноза. Такие действия он может приписывать конкретным лицам – родным, знакомым, соседям, неоднократно вызывать полицию и писать заявления в различные инстанции с просьбами о помощи.

Бред ревности характеризуется убежденностью в неверности супруга. Человек становится крайне подозрительным (проверяет одежду и телефон супруга на факты измены), запрещает выходить из дома и общаться с посторонними людьми. Бред ревности чаще всего наблюдается у мужчин среднего возраста.

Ипохондрический бред сопровождается убежденностью человека в наличии тяжелого неизлечимого заболевания, например онкологии. Как правило, такие пациенты постоянно посещают врачей различных специальностей, непрерывно сдают анализы, но патологии не обнаруживается. Крайняя степень здесь – бред Котара: человек считает, что все органы сгнили, развалились.

Бред особого значения – это особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается реальный смысл некоторых явлений и действий. Так, шизофреник неверно трактует обстановку вокруг: например, «проходящая мимо женщина улыбнулась и села в автобус под номером 9, а это значит, что нужно переехать в квартиру под таким же номером».

Содержание первичного бреда может быть различным: реформаторство, ревность, преследование, высокое происхождение, физические недостатки, болезни, любовная тематика. Одна тема бреда в последующем может усложняться за счет присоединения

аффективных расстройств, галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бреда воздействия, идей величия. Формированию бреда восприятия часто предшествует бредовая настроенность – состояние неопределенной тревоги, опасений, внутреннее напряжение, маниакальное состояние с приливом сил, бесцельной деятельностью. На высоте указанного состояния появляются бредовые идеи различного содержания, бред кристаллизуется. При своевременном обращении к врачу и адекватной терапии возможно предотвратить наступление и разворачивание психоза, достижения высоты бредовых переживаний.

Осознание инаковости подразумевает отличие от обычных людей, исключение из них. Фигура безумного человека как бы отодвигается от основной массы людей, делая этот образ далеким и непонятным. Такое восприятие психически больных людей остается и сейчас. Безумие смотрит на нас с полотен Э. Мунка, М. Врубеля, В. Ван Гога, С. Дали, со страниц книг Э. Сведенборга, Г. Флобера, скульптур К. Клодель, слышится в музыке Р. Шумана, М. Когойя, Д. Огдона.

Диагностика шизофрении, к сожалению, затруднена в связи с отсутствием специфических методов исследования. Шизофрения до сих пор остается загадочным заболеванием, неизвестно, с чем связано ее возникновение у каждого конкретного человека, какими будут течение и исход болезни. Заболевание может сопровождать человека всю жизнь или же проявиться одним или несколькими приступами. Все чаще шизофрения возникает у молодых людей после приема различного рода психоактивных веществ. Сложность диагностики связана и с необходимостью разработки четких международных критериев симптомов и синдромов, сроков существования патологических изменений, которые позволят судить о наличии шизофрении.

Первыми признаками шизофрении могут быть нарушения сна, беспредметный, *витальный страх*, раздражение от контактов с людьми, необходимости выполнять какие-либо социальные роли. Часто встречаются отсутствие эмоциональной включенности при общении, снижение эмоционального реагирования, интенсивные и неадекватные ситуации вспышки гнева, тревоги или счастья. Порой имеет место «двойственность» аффективных переживаний – в один момент больные переживают два противоположных чувства – привязанность и ненависть, радость и тоску (амбивалентность). Обеднение аффекта приводит к тому, что многие больные выглядят апатичными, безразличными, гипомимичными. У них замедленная речь и затруднен зрительный контакт. Больные жалуются на мучительную эмоциональную пустоту и невозможность испытывать какие-либо эмоции, прежде всего радость. Только затем разворачивается галлюцинаторно-бредовая симптоматика и меняется поведение.

При шизофрении нарушается мышление, появляются колебания настроения (от маниакального до депрессивного). Становится труднее справляться с работой или учебой. Человек замыкается и подолгу не выходит из дома, перестает за собой следить. Такие пациенты имеют отрешённый от действительности, неопрятный вид, чем еще больше отталкивают и пугают окружающих.

Трудность диагностики и ведения таких пациентов состоит в том, что адекватная оценка себя и окружающего при шизофрении обычно отсутствует. Большинство больных не считают, что их переживания являются следствием заболевания психики, а уверены, что все это обусловлено негативными действиями со стороны других людей, внешних сил. Такая неспособность объективно оценить свое состояние, снижение критических способностей часто сопровождаются нежеланием прийти на прием к врачу.

НЕМЕЦКИЙ ПИСАТЕЛЬ ФИЛИПП ВАНДЕНБЕРГ В СВОЕМ ПРОИЗВЕДЕНИИ «ТАЙНА СКАРАБЕЯ» ТОНКО ПОДМЕЧАЕТ: «ЛЮДИ, КОТОРЫЕ СОМНЕВАЮТСЯ В СВОЕМ РАССУДКЕ, НЕ МОГУТ СТРАДАТЬ ШИЗОФРЕНИЕЙ. БОЛЬНЫ ТОЛЬКО ТЕ, КОТОРЫЕ УТВЕРЖДАЮТ, ЧТО СОВЕРШЕННО ЗДОРОВЫ».

Спрогнозировать, в каком возрасте начнется заболевание и начнется ли оно вообще, невозможно. Возникновению шизофрении могут способствовать травмы головы, стресс,

смерть близких людей, употребление наркотических веществ. Любые эти факторы накладываются на генетически измененную почву, происходят нейротрансмиттерные нарушения, что приводит к началу заболевания. Прогноз напрямую зависит от вида шизофрении.

Очень тяжело протекает детская шизофрения. Течение заболевания непрерывное, симптоматика нарастает быстро. Ребенок «застревает» в развитии и увлечениях возраста начала болезни. Проявляется дурашливое (*гебефренное*) поведение, отсутствует чувство дистанции, типичны двигательные нарушения – ребенок может непрерывно биться головой об стену, ходить по комнате кругами, игнорировать просьбы, кричать. С самого раннего возраста дети, больные шизофренией, беспомощны, требуют постоянного контроля и ухода со стороны взрослых. Они необучаемы, малоконтактны и на всю жизнь остаются инвалидами.

Если болезнь настигает человека в среднем возрасте, чаще она носит приступообразный характер. Причем это может быть как единичный случай за всю жизнь, так и периодически повторяющиеся однотипные приступы. Неярко выраженный эпизод заболевания может случиться в подростковом возрасте и называется «зарница». Чаще его наличие оценивается уже ретроспективно. Симптомокомплекс в большинстве случаев представлен галлюцинаторной и аффективно-бредовой симптоматикой.

После прекращения психоза и наступления ремиссии при хорошо подобранном лечении люди с шизофренией могут успешно работать, даже занимать руководящие должности.

Другая картина наблюдается при частых приступах. С каждой новой фазой симптоматика углубляется, сильнее изменяет личность. Человек быстро теряет социализацию, из-за нарушений мышления и галлюцинаций из трудоспособного члена общества, к большому сожалению, превращается в инвалида. Люди с грубым развалом личности и отсутствием ухаживающих родственников попадают в интернаты для психически больных, где длительно проживают и получают лечение.

Параноидная шизофрения встречается в практике чаще всего и характеризуется преобладанием галлюцинаторно-параноидной симптоматики. Галлюцинации яркие и возникают на бредовой, измененной почве сознания. Шизофреники при возникновении психоза слышат голоса посторонних людей, чувствуют негативное воздействие на организм. Появляются тревога, нарушения настроения и сна, двигательное возбуждение. С течением времени нарастают изменения личности, замкнутость, эмоциональная холодность, утрачиваются прежние интересы и связи.

В клинической картине гебефренической шизофрении присутствуют нарушения поведения, дурашливость, уплощение эмоций, вычурность, выражены нарушения мышления. Заболевание начинается в подростковом возрасте. Состояние трудно корректируется с помощью лечения.

Для кататонической шизофрении характерно преобладание психомоторных расстройств: кататонического ступора или возбуждения. Человек в кататоническом ступоре неподвижен, не реагирует на внешние раздражители. Конечности могут застывать в вычурных позах. В какой-то мере пациент похож на восковую куклу (симптом «восковой гибкости», когда телу можно придать определенную позу). В таком состоянии пациент может находиться дни и даже недели. Его воображение занимают яркие картины, впоследствии шизофреники описывают состояние, похожее на просмотр фильма, нахождение в виртуальной реальности, где нет ощущения времени и пространства. При кататоническом возбуждении человек бесцельно передвигается, моторно беспокоен, действия его дезорганизованы и непродуктивны. Выраженное возбуждение может принимать форму стереотипий – ритмических движений туловища, конечностей, гримас.

При недифференцированной шизофрении совокупность клинических признаков не выражена настолько, чтобы причислить ее к какому-либо другому виду. Встречается данный вид шизофрении редко.

Резидуальная (остаточная) шизофрения характеризуется незначительным проявлением симптомов болезни. Чаще в практике отмечается аффективная и неврозоподобная симптоматика, которая может сохраняться десятилетиями.

Для медикаментозного лечения шизофрении используют специальные препараты – антипсихотики или нейролептики. В соответствии со структурой синдрома врач выбирает лекарства, учитывая их избирательное антипсихотическое действие, соматоневрологический статус (наличие тех или иных нарушений систем органов – сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и т. д.), побочные эффекты, возраст пациента. В арсенале современной психофармакологии имеются типичные и атипичные антипсихотики.

Типичные антипсихотики появились в 50-х годах XX в. и до сих пор широко используются в психиатрии. Каждый человек, даже далекий от медицины, знает такие названия, как Галоперидол и Аминазин. Данные препараты относятся к типичным нейролептикам, они быстро обрывают течение психоза (благодаря снижению передачи нервных импульсов в мезолимбическом нервном пути, где передатчиком нервных импульсов является гормон и нейромедиатор дофамин) и входят в стандарты лечения шизофрении.

Есть определенные недостатки этой группы лекарств в виде часто возникающих и требующих коррекции побочных действий, а именно нейролептического синдрома. Его проявления – неусидчивость, тремор конечностей, резкое возникновение гипотонии, слюнотечение, трудности передвижения.

Сравнительно недавно появилась более современная группа препаратов – атипичные антипсихотики. Новые лекарства имеют минимум побочных эффектов, действуют при этом активно. Из положительных моментов можно также отметить наличие пролонгированных форм, т. е. инъекция препарата проводится 1 раз в месяц, либо 1 раз в 3 месяца. В организме создается *депо препарата,* из которого медленно высвобождается действующее вещество. Такие формы препаратов удобны для молодых и трудоспособных лиц, поддерживают комплаенс между врачом и пациентом, повышают настроенность человека к лечению. Применение лекарственных препаратов нового поколения сохраняет социальный статус пациента, корректирует «негативную» симптоматику шизофрении, предупреждает инвалидизацию, сохраняет трудоспособность и активный образ жизни. Длительный и регулярный прием препаратов под контролем врача способствует установлению продолжительных ремиссий, снижает риск возникновения обострений психотической симптоматики.

Другие группы препаратов – антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы – применяются для коррекции сопутствующих психозу симптомов: колебаний настроения, патологии сна, тревоги, поведенческих нарушений. Кроме медикаментозных способов, для лечения используются психотерапевтические методики, электросудорожная терапия – при тяжелом течении заболевания и отсутствии ремиссий, стойкой галлюцинаторно-бредовой симптоматике. Социальными работниками и психологами активно проводится психообразовательная работа с пациентами и родственниками – разъясняются вопросы, связанные с заболеванием, его проявлениями, течением, терапией.

Если вы заподозрили у себя или близкого человека первые признаки шизофрении, немедленно обратитесь к участковому врачу-психиатру в психоневрологический диспансер по месту жительства. Опытные специалисты выяснят, действительно ли это шизофрения, и помогут справиться с беспокоящими симптомами. Выбор и назначение лекарственных препаратов лучше осуществлять в условиях стационара, чтобы индивидуально и эффективно подобрать схему терапии, учитывая возрастные особенности, сопутствующую патологию. При шизофрении возможна ремиссия, лекарственная или безлекарственная. Группа инвалидности определяется особенностями дефекта личности с ведущим психопатологическим синдромом – астеническим, параноидным, неврозоподобным, аффективным. Важно знать, что максимально рано начатая терапия определяет более благоприятный прогноз и исход заболевания.

Проявления заболевания разнообразны, непредсказуемы и порой кажутся совершенно

фантастическими. И наша задача – в принятии и понимании людей, больных шизофренией, посильной моральной поддержке, их адаптации в социуме. Достойное качество жизни не должно казаться чем-то несбыточным. Вместе мы сможем сделать жизнь психически больных людей чуточку лучше.

Психопат за углом. Психопатия

«Мир без психопатов? Он был бы ненормален».
Станислав Ежи Лец

Современный мир настолько динамичный и непредсказуемый, что мы порой не замечаем огромное количество людей, которое нас окружает. Но однажды, хотя бы раз в жизни, каждый из нас, пребывая в толпе в общественном месте, задавался вопросом: кто все эти люди, куда они идут и что у них на уме? Психопатия считается пограничным расстройством, но, несмотря на это, люди с ним могут быть опасны для окружающих.

Психопатия – не просто отдельная нозология, это целая группа патологических состояний, различающихся по происхождению. Великие умы психиатрии по-разному видели истоки психопатии: В.Х. Кандинский считал, что при психопатии симптоматика возникает из-за «неправильной организации нервной системы, вследствие чего мозговые функции… частью приобретают болезненную силу, частью не развиваются достаточно или же принимают в своем развитии ненормальное поведение». Э. Крепелин предполагал наличие в основе заболевания задержки развития эмоций и воли, О.В. Кербиков видел истоки заболевания в «уродливом», патологическом воспитании.

Психопатия относится к разряду патологии личности и характеризуется нарушением психики и поведения. Расстройство личности возникает у человека с самого рождения и сохраняется всю жизнь. Но впервые психопатия обнаруживается, как правило, в подростковом возрасте, когда вместе с гормональными изменениями и принятием себя у подрастающего организма в характере могут проявляться некоторые странности и особенности. Психопатия находится на незримой грани между болезнью и здоровьем. Нарушения могут проявляться более ярко в критические периоды жизни.

«ПСИХОПАТ ПОДОБЕН МЛАДЕНЦУ, КОТОРЫЙ ЦЕЛИКОМ ПОГРУЖЕН В СОБСТВЕННЫЕ НУЖДЫ И НЕИСТОВО ТРЕБУЕТ ИХ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ», – ПИШЕТ ДОКТОР ФИЛОСОФИИ РОБЕРТ ХАЭР В СВОЕЙ КНИГЕ «ЛИШЕННЫЕ СОВЕСТИ. ПУГАЮЩИЙ МИР ПСИХОПАТОВ».

В более зрелом возрасте расстройство личности может быть компенсировано теми или иными способами. Возникает адаптация к условиям жизни и работы. Личность с психопатией может находиться достаточно долго в состоянии баланса, если этому способствует окружение. Все зависит от того, какие сильные потрясения и трудности встречаются на жизненном пути и какой степени дискомфорт ими вызывается.

Маша – девушка 19 лет с длинными огненно-рыжими волосами. Несмотря на свой юный возраст, она уже неоднократно проходила терапию. Отношения с родителями не складывались с 12 лет, несколько побегов из дома, проживание в социальном центре, больницы и даже неприятное судебное разбирательство. Семья Маши внешне вполне благополучна: мама – преподаватель в университете, папа – врач, дедушка – профессор. Сама девушка отмечает у себя резкие перепады настроения: «Веду себя неадекватно, дерусь с родителями, потом понимаю, как сильно их люблю, прошу прощения, потом снова скандал». Во всех сферах жизни Маши трудности: в учебе, отношениях с родными, работе.

Часто она совершает импульсивные поступки, которые приносят лишь мимолетную радость, тратит деньги не раздумывая, покупает много ненужного. Раздражительность и злость могут внезапно, за несколько секунд захватить сознание Маши. «Когда я в таком состоянии, ко мне лучше не подходить и не трогать вообще. Могу не только сказать все, что думаю, но и ударить так, что мало не покажется…» При этом в компании

сверстников девушка ведет себя свободно, злоупотребляет алкоголем, много курит.

Когда я решила раскрыть в своей книге тему психопатий, с большим удивлением отметила, что ни в руководствах для врачей, ни в многотомных монографиях нет глав об истории изучения данного расстройства. Мне встречались только отдельные и разрозненные, несистематизированные исторические факты, упоминания буквально нескольких выдающихся врачей-психиатров, которые проявляли интерес к изучению психопатий. Это ввело меня в ступор, ведь в клинической практике психопатия – достаточно частое явление. Поэтому я решила систематизировать все доступные мне знания из нескольких десятков книг и научных статей для того, чтобы сформировать правильное представление об этом психическом расстройстве у вас, мои дорогие читатели.

Про психопатов снимают фильмы и сериалы, пишут книги. Все потому, что их жизнь не похожа на рутину. Она яркая, как пламя, с эмоциональными всплесками и безрассудными поступками. Эта патология – острая грань, на которой балансирует человек, пытаясь быть «как все», вписываться в социальные нормы. При психопатии поведение может меняться, вплоть до неадекватного Правильные представления о психопатиях важны не только в медицине, но и в обществе. Психопаты, на фоне захлестывающих эмоций, могут совершать противоправные и уголовно наказуемые деяния. Характер таких действий, совершаемых повторно, однотипный по своей сути: кражи, грабежи, мошенничество и т. д. Так, пропасть между психопатами и здоровыми личностями становится все более выраженной, внутренний конфликт у человека, страдающего психопатией, усугубляется.

Впервые в истории термин «психопатия» (от *др. – греч.* «психос» – душа, «патос» – патология, болезнь) встречается во времена Гиппократа. Уже тогда он обозначал данный вид расстройств личности как «психопатический темперамент». Немецкий психиатр Генрих Шюле в «Руководстве душевных болезней», датируемом 1878 г., так пишет о Гиппократе, «отце психиатрии»: «От его взора не ускользнуло даже значение психопатического темперамента, который еще не есть настоящее помешательство».

Само понятие «психопатия» начинает широко использоваться лишь с эпохи Просвещения. Основоположник французской психиатрии Филипп Пинель первым описывал психопатию как психическое расстройство: «мания без бреда». У некоторых пациентов он наблюдал труднообъяснимые приступы гнева, агрессии без помешательства, помутнения рассудка, а также различные формы нарушения поведения: жестокость, алкогольную и наркотическую зависимости, сексуальные расстройства, насилие по отношению к окружающим. Вначале Пинель полагал, что душевные расстройства обязательно должны сопровождаться нарушениями сознания, мышления, восприятия. Затем он обнаружил случаи, когда, кроме патологии чувств и поведения, в клинической картине не было каких-либо других признаков болезни. Безответственность и безнравственность интересно сочетались в личности таких пациентов с высокими умственными способностями. Люди с психопатией могли ясно мыслить, но что-то с ними было «не в порядке».

Ученик Пинеля Жан Этьен Доминик Эскироль ввел понятие «сумасбродного поведения», или «нарушения нравственности». Этот синдром, как ни странно, чаще всего встречался у преступников. В 1835 г. английский психиатр Джеймс Причард обозначил похожие состояния при сохранных мыслительном и интеллектуальном компонентах как «нравственное безумие», когда пациенты могли подло поступить, нанести ущерб другим людям.

Адольф Гугенбюль-Крейг, известный швейцарский психиатр начала XIX в., в своей книге «Эрос на костылях» пишет: «…психопатия как явление столь же стара, как само человечество, и каждый считающий человеческие существа в основном нравственными вынужден иметь дело с неприятными, безнравственными аспектами, находящими свое выражение в каждом из нас. Возможно, одно из самых ранних описаний психопатии находится в Библии…»

Почему же эти состояния так сильно интересовали ученых и врачей? Все дело в юридических аспектах вопроса психического здоровья, а именно – в ответственности

человека за совершенные им противоправные деяния. Споры в суде возникали при попытках внедрения понятия «нравственного безумия», ведь лица с психическими отклонениями не могут нести ответственность за свои слова и поступки. Так, до середины XIX в. термин «психопатия» применялся исключительно в значении психической болезни. В 1846 г. российский психиатр, доктор медицины и хирургии Ф.И. Герцог отмечает у некоторых лиц состояния, которые называет психопатическими: «хотя и нет помешательства, но находится состояние, подобное помешательству».

В работе основоположника научной психиатрии, немецкого психиатра Вильгельма Гризингера «Об одном малоизвестном психопатическом состоянии» речь идет о расстройстве, которое не наблюдается в психиатрических больницах, т. к. больные, страдающие им, остаются в жизни, вне стен больниц. Этот труд содержал описание нескольких случаев больных с симптомами «навязчивого мудрствования», «чудаков, оригиналов», «нецельных натур», со «странным характером».

Английский психиатр Генри Модсли ближе всех приблизился к современному пониманию психопатий. Патологические состояния, которые он наблюдал у пациентов, он относил к пограничным расстройствам психики. В работе «Преступление и помешательство» Модсли пишет об особом темпераменте, отклонении психики, которое не является ни патологией, ни нормой. Люди с «душевно-болезненным темпераментом» считались странными, но не помешанными, и не освобождались от ответственности за совершенные правонарушения.

В XIX в. врачи стали все чаще пользоваться понятиями «психопатическая конституция», «психопатическое расположение», «нервно-психопатические личности», «психопатическое состояние», чтобы описывать необычные особенности характера пациентов. Путаница терминов, относящих психопатию к душевной болезни (или же все-таки к патологии характера), сохранялась до середины XX в. В.А. Суханов, а вслед за ним Э. Кречмер обосновывают идею о том, что каждому патологическому характеру соответствует свой психоз.

Немецкий психиатр Крафт-Эбинг внес огромный вклад в изучение психопатий. В «Судебной психопатологии» (1875 г.) он отмечал острую необходимость уточнения одного тонкого и важного момента: как соотносятся лица с «психопатическими состояниями» и законодательная база. «Психопатические состояния» рассматривались им в рамках «психического вырождения», аномалий характера. Им не были свойственны снижение интеллекта, бред или галлюцинации. Крафт-Эбинг обращает внимание на странности этих личностей, склонность к импульсивным поступкам, патологическим влечениям. Мышление у таких пациентов узкое, одностороннее, суждения, как правило, предвзяты. Психика дисгармонична в целом, что представляет собой плодородную почву для возникновения психических заболеваний.

Труды Крафт-Эбинга и Модсли в те годы были настольными книгами врачей-психиатров по всему миру. Надо сказать, что и сейчас, когда читаешь работы великих врачей прошлого, многое соотносится с патологией психики, которую можно наблюдать в современной клинической практике. Поэтому исторические события медицины, наблюдения, заметки не менее важны в формировании восприятия о том или ином заболевании. Из огромного количества психических расстройств, таких разных, непонятных, неизведанных, выделилась группа, которая впоследствии стала обозначаться как психопатии. «Вырождение», «дегенерация» лежали в основе этого нарушения.

Французский психиатр Маньян отмечал своеобразие психики и двойственность, противоречивость качеств характера психопатов: «Самые утонченные и крайне искренние нравственные воззрения контрастируют с самыми неблаговидными поступками… Несмотря на умственное развитие, он может быть игрушкой своих страстей, крайне тяжелых инстинктивных побуждений, над которыми он уже теряет власть и которые придают ему вполне облик безнравственного существа».

После работ известных клиницистов Крафт-Эбинга, В.Х. Кандинского, В.М. Бехтерева,

Э. Крепелина психопатия стала восприниматься как самостоятельная нозологическая форма. Сам термин психопатия предложил в 1900 г. Р. Кох.

ГЕРОЙ РАССКАЗА А.П. ЧЕХОВА «ПУСТОЙ СЛУЧАЙ» КНЯЗЬ СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ НАЗЫВАЕТ СЕБЯ ПСИХОПАТОМ И ГОВОРИТ, ЧТО ЕМУ СВОЙСТВЕННЫ МАЛОДУШИЕ, ТРУСОСТЬ, НЕУМЕНИЕ ОТСТАИВАТЬ СВОИ ИНТЕРЕСЫ, БОРОТЬСЯ ЗА СВОИ ПРАВА. ПСИХОПАТКОЙ НАЗВАНА И ГЕРОИНЯ РАССКАЗА «ТИНА» – РАСПУЩЕННАЯ, ЛЖИВАЯ, ЭКСЦЕНТРИЧНАЯ И НАГЛАЯ ОСОБА.

Психиатрическая практика со временем потребовала введения новой нозологии, обозначения состояний «дегенерации». Предложенный термин «психопатия» моментально вошел в обиход всех слоев населения. Произошло это потому, что психопаты встречались (и встречаются) в нашей жизни довольно часто, оставаясь за пределами психиатрических больниц и наблюдения врачей-психиатров. В большинстве культур термин «психопат» имеет стигматизирующее значение для личности человека. Например, в Нигерии (спасибо Тосин, моей африканской подруге по переписке, организатору международного проекта, в котором мне посчастливилось принять участие – «Break the Silence, Break the Stigma», за небольшой экскурс в этнические тонкости вопроса стигматизации) существует понятие «аранакан», что значит «человек, который всегда идет своим путем независимо от других, не склонен к сотрудничеству, полон злобы и упрямый».

Антрополог Джейн М. Мерфи пишет о схожем термине на северо-западе Аляски – «кунлангета». Так называют «человека, который… постоянно лжет, обманывает, крадет вещи и не ходит на охоту, и, когда другие мужчины находятся за пределами деревни, использует сексуальное преимущество многих женщин – тех, кто не обращает внимания на выговоры и всегда приводится к старшим для наказания».

На первый взгляд может показаться, что психопатия – это что-то далекое, оторванное от повседневной жизни. Но это далеко не так. Нарушения поведения, например, насилие, кражи, вандализм, побеги из дома, прогулы занятий, можно наблюдать у 6–8 % детей школьного возраста (по данным зарубежных исследований). У взрослых же подобное поведение представляет собой уже полный симптомокомплекс антисоциальных расстройств личности.

И все же очень важно обращать внимание, свое и общественности, именно на детей. Дело в том, что психопатия, как я уже говорила выше, – это состояние, с которым человек рождается и живет всю жизнь. Дети с асоциальным поведением часто попадают в плохие компании, криминальные сообщества, начинают употреблять наркотики и, в дальнейшем, пополняют контингент заключенных. Крайне актуальными вплоть до настоящего времени остаются и практические рекомендации И.М. Балинского по проблеме психопатий: «Больные эти крайне опасны для общества и не могут быть терпимы в его среде, они втягивают в преступление людей малоразвитых и слабых характером и становятся опасным орудием в руках опытных преступников. В обыкновенных домах умалишенных содержать их трудно; они вредны для других больных и переносят с трудом продолжительное заключение. Им нужна известная доля свободы; всего лучше помещать их под наблюдением опытного врача в более свободных заведениях, устроить правильные гигиенические условия их жизни, подобрать соответствующие для них занятия; тогда больные эти до известной степени поправляются и долгое время могут казаться людьми вполне здоровыми; но раз они выйдут из единственно возможной для них колеи, то жизненная несостоятельность их вполне выказывается».

О причинах психопатий споры продолжаются до сих пор, в этом вопросе нет окончательной ясности. Изначально огромное влияние в теории возникновения психопатии уделялось наследственным факторам. Считалось, что наблюдаемая «дегенерация» непосредственно связана с наличием у ближайших родственников нервных и психических заболеваний. Патология характера наблюдается с самого раннего возраста и прослеживается на протяжении всей жизни человека. Ряд исследований определял психопатию как

заболевание с наследственно-конституционально-биологическими причинами, что, на мой взгляд, является вполне обоснованным. В сочетании этих факторов с неблагоприятным действием окружающей среды (как предполагали И.М. Балинский, С.С. Корсаков, О.В. Кербиков) психопатия видится современным врачам и ученым как *полиэтиологичное* и многогранное нарушение психики. Важными факторами в *генезе психопатии* являются травмы и инфекции головного мозга в любом периоде жизни человека. Опасны интоксикации – алкогольная, наркотическая. Отдельное значение в возникновении психопатии придается условиям воспитания и развития, отношениям между членами семьи, влиянию социальных институтов.

Люди с психопатией, как правило, изменения своей личности болезнью не считают и к врачам-психиатрам, соответственно, не обращаются. Таким образом, под наблюдение в психоневрологических учреждениях такие люди попадают лишь в случае выраженных нарушений поведения при *декомпенсации* состояния. В связи с этим сведения о распространенности расстройств личности крайне расходятся – по разным данным это примерно от 3 до 50 лиц с психопатией на 1000 человек.

Значительные проблемы диагностики связаны с отсутствием общих четких критериев патологии, неоднозначностью границ нормы и патологии в различных слоях населения, затрудненностью проведения скрининговых исследований – заболевание развивается без четко очерченного начала и этапов, имеются длительные периоды компенсации.

В ДЕРЕВНЯХ И НЕБОЛЬШИХ ГОРОДАХ, ГДЕ УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ОСТАЕТСЯ НИЗКИМ, ЧИСЛО ЛЮДЕЙ С ПСИХОПАТИЯМИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ, ЧЕМ В ОБЕСПЕЧЕННЫХ РАЙОНАХ С ВЫСОКИМ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ.

У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЮТСЯ ДИССОЦИАЛЬНЫЙ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЙ ВАРИАНТЫ. У ЖЕНЩИН РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНО ИСТЕРИЧЕСКИМ И ЗАВИСИМЫМ ТИПАМИ ПСИХОПАТИЙ.

Психопатии, как нарушения личности, включены в Международную классификацию болезней. При этом составление общей классификации психопатий достаточно сложный процесс, до сих пор широко обсуждаемый в медицинских кругах. Трудности состоят в разнообразии проявлений психопатий и множестве их вариантов, переходных типов. Поэтому достаточно сложно установить четкие критерии расстройств, которые бы вмещали в себя все синдромы и психопатологические проявления. В некотором плане данный диагноз может зависеть от личности и представлений врача.

Немецкий психиатр и основоположник *нозологической* концепции в психиатрии Э. Крепелин длительно работал над вопросом нарушений личности и их классификации. В 1904 г. ученый остановился на термине психопатической личности и выделил семь видов этой патологии. Первая классификация психопатических личностей основывалась на том, причиняет ли человек вред себе или окружающим: «возбудимые», «безудержные» (неустойчивые), «импульсивные» (люди влечений), «чудаки», «лжецы и обманщики» (псевдологи), «враги общества» (антисоциальные), «патологические спорщики». Как ни печально, эта феноменологическая классификация не получила широкого распространения.

С.А. Суханов, российский психиатр, в 1912 г. описал четыре патологических характера: эпилептический, паранойяльный, истерический, психастенический.

В более поздней классификации К. Шнайдера (1928 г.) рассматривается 10 типов психопатий на основе признаков, преобладающих в структуре характера:

Гипертимики – оптимистичные, добродушные, веселые или возбудимые, неуравновешенные, активно вторгаются в дела посторонних людей.

Депрессивные – пессимисты, скептики, по большей части склонные к рефлексии, печали.

Неуверенные в себе – скромные, застенчивые, податливые люди, подверженные частым сомнениям.

Фанатичные – склонны к фантазированию, лица со своими представлениями, идеями и внутренним миром, активно борются за свои права.

Ищущие признания – эгоистичны, любыми методами пытаются быть в центре всеобщего внимания, мечтательны.

Эмоционально лабильные – лица с частыми перепадами настроения (от депрессии до мании).

Эксплозивные (эпилептоидные, возбудимые) – недовольные, вспыльчивые, гневливые, для таких людей характерна быстрая смена настроений.

Бездушные – лица неэмоциональные, холодные, расчетливые, бесчестные.

Безвольные – неустойчивые, подверженные влиянию со стороны окружающих.

Астенические – могут чувствовать снижение работоспособности, концентрации внимания, жаловаться на плохую память, повышенную утомляемость, нарушения сна, головные боли, неприятные соматические проявления.

По выражению К. Шнайдера, «психопаты – это люди, которые благодаря своим психическим особенностям страдают сами или заставляют страдать других». Именно эта классификация психопатий приобрела наибольшее признание в России и за рубежом.

В противоположной по своей сути классификации немецкого психиатра и психолога Е. Кретчмера (1930 г.) все личностные аномалии объединены в две группы: шизоидов и циклоидов. В основе данного разделения этиологический фактор, наличие некоторой корреляции между генетикой и конституциональными особенностями организма. Циклоиды – простые, добродушные, приветливые, общительные или веселые юмористы, либо тихие, мягкие и спокойные люди. У шизоидов присутствует некая двойственность между чувствами и их проявлениями. Циклотимический круг определяет так называемая диатетическая пропорция, т. е. различные соотношения между грустным и веселым настроением. Шизоидам свойственна психэстетическая пропорция – различные соотношения между чувствительностью и холодностью. Были в этой классификации и определенные недочеты. К примеру, истерическая психопатия осталась вне систематики, хотя она встречается в практике достаточно часто.

Согласно классификации советского психиатра П.Б. Ганнушкина (1933 г.), ученика С.С. Корсакова, существуют следующие типы психопатий: циклоиды, астеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические характеры, неустойчивые, антисоциальные и конституционально глупые. Данное разделение является более дифференцированным типологически по сравнению с другими классификациями.

Академик О.В. Кербиков выделял две группы психопатий: *конституциональные* – «*ядерные*» и нажитые – приобретенные, реактивные. К «ядерным» психопатиям относятся врожденные, в том числе генетически обусловленные, или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде патологии. Приобретенные же психопатии формируются в детстве вследствие неправильного воспитания и психологических проблем.

«Весь строй их душевной жизни характеризуется непостоянством, изменчивостью, неустойчивостью, отсутствием внутреннего равновесия, дисгармонией своих отдельных сторон», – утверждал В.Х. Кандинский.

В настоящее время, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), блок специфических расстройств личности (F 60) включает различные состояния и устойчивые модели поведения в виде характерного образа жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Психопатия определяется как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта в ходе индивидуального развития человека. Расстройства личности представляют собой значительные, чрезвычайные отклонения в ответ на различные социальные и личные ситуации.

В классификации отмечено, что «в эту рубрику отнесены расстройства личности и выраженные отклонения в поведении индивида, не являющиеся прямым следствием заболевания, повреждения или другого острого поражения головного мозга либо других

психических нарушений. «Обычно эти расстройства охватывают несколько сфер личности; почти всегда они тесно связаны с выраженными личными страданиями и социальным распадом».

К специфическим расстройствам личности по МКБ-10 относятся:

1. Параноидное расстройство личности (паранойяльная психопатия).
2. Шизоидное расстройство личности.
3. Диссоциальное расстройство личности (неустойчивая психопатия).
4. Эмоционально неустойчивое расстройство личности (возбудимая психопатия).
5. Истерическое расстройство личности.
6. Ананкастное расстройство личности.
7. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.
8. Расстройство типа зависимой личности.
9. Другие специфические расстройства личности (эксцентричная, расторможенная, незрелая, самовлюбленная (нарциссическая), пассивно-агрессивная, психоневротическая).

Давайте сейчас более подробно рассмотрим современную международную классификацию, что позволит нам понимать характерные особенности каждого типа нарушений личности.

1. Паранойяльная психопатия

Лица с параноидным расстройством личности (или, по-другому, с паранойяльной психопатией) – люди без чувства юмора, своеобразные, склонные к перепадам настроения. Они активно добиваются справедливости, совестливы. Параноидные психопаты зациклены на собственных переживаниях, чувствительны к неудачам. Интересы их обычно крайне ограничены, кругозор узок, суждения конкретны, незрелы, непоследовательны, мнение о себе завышено. Все, что затрагивает интересы параноидного психопата, приобретает особое значение. Окружающее и собственное здоровье психопатов мало заботит. Такие люди противопоставляют себя всему внешнему миру, не умеют прощать обиды. Иногда параноидные психопаты склонны к саморазрушающему поведению: они много курят, не соблюдают назначения врачей, игнорируют прием жизненно необходимых препаратов, чрезмерно нагружают себя физически. Со временем в характере проявляются такие черты, как подозрительность, готовность к действиям в ответ на малейшую опасность, недоверие – особенно к родным и близким. Нейтральные или дружеские действия окружающих истолковываются лицами с данным расстройством личности как пренебрежительные или даже враждебные. Появляются сверхценные идеи, которые и определяют все поведение человека. Тематика таких идей может быть различной: измены супруга, какое-то собственное изобретение, жалобы в различные инстанции и т. д. Как я уже говорила, часто симптоматика начинается с подросткового периода и стойко сохраняется на протяжении всей жизни.

Павел был обычным крепким деревенским парнем, высоким, с темными густыми волосами и хитрыми карими глазами. Мать с утра до ночи пропадала на работе, отец ушел из семьи, когда Павлу исполнилось 2 года. В детстве мальчик был предоставлен самому себе, часто дрался, с трудом учился в школе – «было неинтересно», проводил время с «плохими компаниями», где употреблял алкоголь, пробовал наркотические вещества. После 9 классов школы мальчик устроился рабочим на стройку, \чтобы помогать своей семье – маме и младшему брату. Павел был несдержанным, своенравным, настроение менялось быстро. Заработанные деньги тратил на развлечения, залезал в долги. Время шло, Павел взрослел. В его жизни появилась Аня, в скором времени ставшая женой. Поначалу семейная жизнь словно придала молодому человеку сил, он завязал со старыми дружками, захотел остепениться. В погоне за деньгами он брался то за одно дело, то за другое, пытался заняться бизнесом, работать на себя, взял кредит на машину. Семья росла, на свет появились две прекрасные дочки. Он все меньше времени проводил дома, стал много курить.

Внезапное ДТП разделило жизнь на «до и после». Физически Павел не пострадал, но в один миг лишился и машины и работы. Появились финансовые трудности, это нервировало и выводило из себя. Павел стал срываться на домашних, в приступах злости кидал предметы, громко хлопнув дверью, пропадал на несколько недель. Его мучали ужасные приступы ревности к жене, которые портили и без того натянутые отношения между супругами

2. Шизоидная психопатия

Шизоидные психопаты отгорожены от внешнего мира, замкнуты и чудаковаты, равнодушны к посторонним, необычны. Эмоциональные и поведенческие реакции у них крайне разрознены, абстрагированы от внешней среды. Шизоид словно находится в жестком панцире своих убеждений, внутри которого часто можно обнаружить нежную и ранимую личность. Поведение людей с шизоидным расстройством может различаться, несмотря на наличие у них в характере общих признаков. Часто в детском и подростковом возрасте лицам с шизоидной психопатией свойственны тики, навязчивые движения. Движения и моторика угловаты, зажаты, неестественны. В разговоре легко обратить внимание на речь шизоидного психопата – интонационно она не варьируется и порой не соответствует контексту беседы, могут страдать грамматическая и логическая структуры. Голос монотонный, жесты неуместны, мимика скудная. Общение с посторонними, незнакомыми людьми, как правило, напряженное – шизоиды не любят заводить новых знакомств. В течение жизни они имеют лишь несколько друзей, которых тщательно и педантично выбирают. Спутника жизни находят либо в зрелом возрасте, либо остаются одинокими. Все свое внимание шизоидные психопаты направляют внутрь себя. Имея эмоциональную холодность, они успешно могут решать общесоциальные и теоретические задачи. Но все, что касается дружеской, семейной, любовной привязанности, оказывается для них труднодоступным, в отношениях с близкими людьми шизоиды равнодушны, эгоистичны, бесчувственны.

При шизоидном расстройстве личности страдает эмоциональный компонент характера. Имеет место ограниченная способность выражать чувства и испытывать удовольствие. Лица с шизоидной психопатией могут выплескивать эмоции в виде гнева, раздражения, агрессии. Шизоидным психопатам интересны теоретические вопросы, логические задачи, абстрактные темы. Такие люди вполне успешны в научной деятельности, статистике, программировании – везде, где требуется уединение и сосредоточенность. Они словно отгорожены от коллектива, в котором работают, часто производят впечатление расчетливых и черствых лиц. Им крайне тяжело выражать свои эмоции, спрятанные в глубине души, тем более делать это прилюдно.

За счет бедной эмоциональной сферы интеллект у шизоида развит в большей части случаев лучше, чем у сверстников. Особенно это касается точных наук, где необходимо применять логику, абстрактное мышление. Внимание человека с психопатией сужено и, как правило, ограничивается собственными интересами и представлениями. Все, что не подходит под его убеждения, шизоида интересует мало. В обычной жизни, вне сферы увлечений, такие люди не адаптированы и малокомпетентны, выделяются странным поведением из общей массы людей.

3. Диссоциальная психопатия

Диссоциальное расстройство личности выделяется на фоне других пограничных расстройств личности. Основные нарушения этой группы – недоразвитие высших нравственных чувств (нравственными называются такие высшие чувства, которые переживаются человеком в связи с осознанием соответствия или несоответствия его поведения требованиям общественной морали, к ним относятся чувства доброжелательства, симпатии, дружбы, товарищества, коллективизма, чувство справедливости, долга, дисциплинированности, патриотизма и т. д.), и, как следствие, социальная дезадаптация. Такие люди опасны своей неспособностью следовать общественным нормам и правилам,

соблюдать закон, уживаться в принятых рамках. В их характере отмечаются такие черты, как импульсивность, отсутствие чувства ответственности, стыда, сострадания, раскаяния, совести. С раннего возраста диссоциальные психопаты распущенны, эгоистичны, упрямы, жестоки. Они могут проявлять открытую враждебность к окружающим и плохо переносят неудачи. В общении с людьми их отличает вспыльчивость, легко доходящая иногда до приступов ярости и гнева. В подростковом возрасте они часто воруют, убегают из дома, бродяжничают. Они склонны обвинять других или давать правдоподобные объяснения своему поведению, что приводит их к конфликту с обществом. Такое поведение с трудом поддается изменению на основе опыта, включая наказание.

Диссоциальные психопаты нарушают общественный порядок, любые правила и законы. С раннего возраста, как правило, они начинают злоупотреблять наркотическими веществами и спиртными напитками. Под действием психоактивных веществ они становятся озлобленными еще больше, намеренно вступают в конфликты. На протяжении всей жизни психопаты имеют проблемы с законопослушностью (воруют, подделывают банкноты, могут даже убить ради наживы). Преступления, как правило, имеют однотипный характер.

4. Эмоционально неустойчивая психопатия

Эмоционально неустойчивая психопатия характеризуется импульсивностью без учета последствий, неустойчивым настроением, отсутствием самоконтроля. Любые запреты вызывают бурные реакции протеста с агрессией и злобой. Наряду со вспыльчивостью и раздражительностью им свойственны жестокость и угрюмость, они злопамятны и неуживчивы. В случае, когда импульсивные поступки пресекаются или критикуются окружающими лица с таким расстройством личности легко вступают в конфликт. Межличностные отношения, как правило, напряженные и нестабильные. У людей с эмоционально неустойчивой психопатией часто нарушено самовосприятие, из-за стойкого ощущения пустоты они склонны к саморазрушающему поведению, включая суицидальные попытки. Эмоционально неустойчивая психопатия также обозначается как психопатия возбудимого типа и сопровождается приступами гнева, ярости, эмоциональными разрядами, иногда с аффективно суженным сознанием и резким двигательным возбуждением. В запальчивости (особенно легко возникающей в период алкогольных эксцессов) возбудимые личности способны совершить необдуманные, порой опасные действия. Это активные, но неспособные к длительной целенаправленной деятельности люди, неуступчивые, жесткие, мстительные, с вязкостью эмоциональных реакций. Среди них нередки лица с расторможенностью влечений, склонные к сексуальным эксцессам. Беспорядочная половая жизнь, алкоголизация, нетерпимость к любым ограничениям, наконец, склонность к бурным аффективным реакциям в виде агрессии и насилия служат причинами нарушения социальной адаптации, приводят к столкновению с законом.

5. Истерическая психопатия

Людей с истерическим расстройством личности отличает вычурность, излишняя эмоциональность, нарочитое преувеличение своей значимости любыми способами, эгоцентризм. В увлечениях такие лица непостоянны, у них, как правило, нет собственного мнения, им трудно делать выбор, они легко поддаются внушению. Поведение рассчитано на привлечение к себе внимания и достижения желаемого. Истерическая психопатия у женщин проявляется чаще, чем у мужчин. Это могут быть двигательные нарушения, тики, афония, потеря слуха и т. д. В структуре истерической личности проявляется патологическое фантазирование, склонность к драматизированию, театральности. Уже с подросткового возраста можно выявить патологических аферистов и патологических лгунов, склонных к мошенничеству, махинациям, шарлатанству, вымогательству. Данное расстройство личности характеризуется поверхностной и неустойчивой возбудимостью. Такие лица ранимы и постоянно находятся в поисках одобрения и признания.

6. Ананкастная (психастеническая) психопатия

Психастеническая психопатия проявляется частой утомляемостью, слабостью, сниженной повседневной активностью, неуверенностью в себе. Такие лица упрямы, осторожны, непреклонны, сдержанны, чрезмерно щепетильны и внимательны к деталям. Тревога, навязчивые мысли и действия, в рамках данной нозологии не достигают тяжести обсессивно-компульсивного расстройства.

7. Тревожная психопатия

Расстройство личности, характеризующееся ощущением внутренней напряженности, наличием мрачных предчувствий, отсутствием ощущения безопасности и комплексом неполноценности. Выражены постоянное сильное желание нравиться и быть признанным, сверхчувствительная реакция на отказы и критику наряду с ограничением личных привязанностей, тенденцией к избеганию некоторых действий путем привычного преувеличения потенциальных опасностей и риска в обыденных ситуациях.

8. Расстройство типа зависимой личности

Людям с зависимым расстройством личности свойственна склонность к сомнениям. Они нерешительны, мало проявляют инициативы, несамостоятельны в решении проблем. Из-за отсутствия внутренней уверенности в правильности своих суждений и поступков зависимые психопаты часто поддаются давлению со стороны окружающих. Это суховатые, консервативные, серьезные, лишенные чувства юмора люди. Внешне они обычно выглядят подтянуто, аккуратно. Лица с таким типом психопатии боятся одиночества, беспомощности, некомпетентности. Отсутствие активности может выражаться в интеллектуальной и эмоциональной сферах, проявляясь перекладыванием ответственности на других.

Группа психопатий очень интересна своим разнообразием клинических проявлений. Симптоматика находится на грани между здоровьем и болезнью. В периоды *декомпенсации* человек находится в состоянии нарастающей дисгармонии. Личность развивается непропорционально, на первый план, конечно, выступают отклонения эмоциональной и волевой сфер.

Нарушения поведения могут иметь различную степень выраженности, вплоть до общественно опасных действий. «С момента изобретения пороха психопаты стали весьма опасными», – с сарказмом отмечает Роберт Шекли, американский писатель. Реакция на внешние раздражители оказывается несоразмерной по своей интенсивности, часто неадекватна ситуации. Поведение в самой вспышке гнева бессмысленно, необоснованно и не имеет ничего общего с установками, убеждениями этого человека, находящегося в спокойном состоянии. Опьянение сильно повышает агрессивность психопатов. В промежутках между приступами ярости человек может быть вполне общительным, осознавать всю неправильность своего поведения.

Психопатам свойственно выделяться из общей массы людей (как в положительном, так и в отрицательном смысле), они идут наперекор всем окружающим. Врачи чаще всего сталкиваются именно с негативными последствиями поведения психопатов. Как пишет Дмитрий Игнатов в своем романе «Великий Аттрактор»: «В истории остаются имена психопатов, насильников, серийных убийц, но не тех, кто остановил их». В психиатрические больницы они помещаются только в тяжелых случаях декомпенсации, при выраженных нарушениях поведения. Стоит отметить, что у таких личностей достаточно часто встречаются суицидальные наклонности.

Конечно же, не во всех случаях психопаты являются источником беспокойства и опасности для окружающих. Психопатические личности могут быть весьма одарены в какой-либо узкой, специфической области. Среди гениальных и выдающихся музыкантов, поэтов, ученых, художников часто можно встретить лиц с психопатическими чертами личности (Ван Гог, Э. Хемингуэй, А. Линкольн). Многочисленные диагностические предположения врачей крайне неоднозначны, каждому из этих известных личностей

приписывается почти весь спектр психических расстройств, включая, конечно же, и психопатию. Богатство фантазии, воодушевление, тяга к экспериментам могут привести психопатическую личность к новому видению обычных процессов, окружающего. В результате некая односторонность, ограниченность человека может способствовать великим и весьма ценным достижениям и открытиям.

Как понять, что перед вами психопат?

В 1970-х годах Роберт Д. Хаэр, канадский психолог, разработал оценочный лист психопатии (Psychopathy Checklist, PCL), скрининговый психологический инструмент для определения наличия психопатии. Опросник состоит из 20 пунктов, которые позволяют оценить различные личностные и поведенческие аспекты.

1. Поверхностный шарм, обаяние.
2. Эгоцентризм, убеждённость в собственной важности и значимости.
3. Потребность в постоянном психическом возбуждении.
4. Патологическая лживость и склонность к мошенничеству.
5. Коварство, склонность к манипуляциям.
6. Отсутствие чувства вины и сожаления.
7. Эмоциональная поверхностность.
8. Чёрствость, отсутствие эмпатии.
9. Паразитический образ жизни.
10. Вспыльчивость, слабо контролируемые вспышки гнева.
11. Сексуальная распущенность.
12. Нарушение поведения в возрасте до 12 лет.
13. Невозможность реалистичного и долгосрочного планирования.
14. Импульсивность.
15. Безответственность по отношению к детям.
16. Неоднократное вступление в брак, частая смена партнёров.
17. Подростковые правонарушения в возрасте до 15 лет.
18. Нарушения во время испытательного срока или освобождения.
19. Безответственность по отношению к собственным действиям и поступкам.
20. Также оцениваются анамнестические данные (наличие нескольких позиций из 10 пунктов): взлом, ограбление, употребление психоактивных веществ, лишение свободы, убийство или покушение, незаконное хранение оружия, сексуальное насилие, преступная халатность, мошенничество, побег из мест лишения свободы.

Расшифровка результатов опросника

Каждый из предложенных 20 пунктов оценивается от 0 до 2:
если признак пристуствует – 2,
если он, вероятно, есть – 1,
если его нет – 0.

Если сумма набранных баллов от 30 до 40, возможно, что человек действительно является психопатом.

Стоит уточнить, чтобы определить достоверность диагноза, необходимо обратиться к врачу-психиатру для полноценного психиатрического обследования.

Терапия психопатий заключается в коррекции самочувствия человека, разработке способов эффективной и комфортной коммуникации с другими членами общества, сохранении трудовых навыков, профилактике общественно опасных действий. Лечение подбирается индивидуально с учетом сопутствующих симптомов в клинической картине психопатии.

Выбор метода терапии зависит от типа психопатии, настроенности человека на лечение, выраженности нарушений поведения. Психотерапия может помочь научиться

принимать себя со всеми своими недостатками, брать ответственность за свои поступки, контролировать негативные эмоции, правильно выстраивать коммуникацию с другими людьми, планировать свое будущее.

При психастенической и зависимой психопатии важно повышать уверенность в себе, самооценку, планировать пути достижения желаемых целей, укреплять силу воли. Труднее всего психотерапия проходит у лиц с диссоциальным расстройством. Наиболее эффективна здесь групповая работа, позволяющая учиться общению с другими людьми, ответственности. В психотерапии внимание уделяется не негативным поступкам, совершенным в прошлом, а правильной установке на эмоциональное реагирование в будущем. Поскольку психопатия – состояние длительное, психотерапия также необходима долгосрочная, особенно в период декомпенсации состояния.

Медикаментозное лечение психопатии применяется симптоматически, краткосрочными курсами. К примеру, нейролептики в малых дозировках могут назначаться для коррекции поведенческих нарушений, транквилизаторы – для снятия тревоги, двигательного беспокойства, вегетативных кризов, нарушений сна. При перепадах настроения и раздражительности широко используют группы нормотимических и антидепрессивных препаратов.

Как общаться с психопатами:

– Старайтесь не вступать в открытый конфликт. Если конфронтации избежать не удается, постарайтесь спокойно выражать свои эмоции, подкрепляя их фактами. Помните, что на пике конфликта, когда эмоциональный накал достигает максимума, процент успешного разрешения ситуации – менее 5 %.

– Будьте последовательны в своих решениях. Твердость ваших позиций и убеждений обеспечит вашу эмоциональную устойчивость. Это значит, что психопат не сможет вами манипулировать и влиять на ваши действия.

– Будьте аккуратны в проявлении эмоций. Любая информация может легко использоваться психопатом против вас. Не делитесь сокровенными и значимыми для вас переживаниями с такими людьми.

– Если вы отмечаете у человека, с которым общаетесь, большое количество ярко выраженных признаков психопатии, асоциальное поведение, агрессивность, постарайтесь постепенно отдаляться в общении и свести вашу коммуникацию к минимуму.

От любви до ненависти один шаг. Биполярное расстройство

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является психическим заболеванием с эпизодами *аффективных* колебаний. Настроение в такие периоды депрессивное, либо, наоборот, маниакальное (существует также смешанный вариант течения заболевания). Вся жизнь человека с биполярным расстройством делится на черное и белое, радость и печаль, здоровье и болезнь. Биполярное расстройство считается *эндогенным* расстройством. Эмоциональный фон меняется независимо от внешних обстоятельств. Между фазами обострения аффективной симптоматики существуют светлые периоды, называемые *интермиссиями*. В эти бессимптомные промежутки у человека могут быть в норме абсолютно все психические функции.

У меня в кабинете мужчина среднего возраста, Михаил. Он прекрасно выглядит, улыбчив, доброжелателен. Речь у него очень быстрая – создается впечатление, что он торопится все на свете успеть. Регулярное наблюдение у врача-психиатра нисколько не затрудняет успешного бизнесмена (да-да, эта психическая болезнь настигает людей разных сословий, материального достатка и уровня интеллекта). Он прекрасно знает о своем заболевании – биполярном расстройстве, и о необходимости его длительного лечения. Сейчас Михаил в фазе светлого промежутка, когда нет каких-либо психических отклонений.

Но он хорошо помнит предыдущие несколько месяцев. Депрессия настигла в самый неподходящий момент – решалась судьба его фирмы. (Как говорится, подходящих моментов для болезни не бывает.) Днями напролет Михаил лежал в своей кровати, перестал есть, общаться с другими людьми. Он чувствовал себя улиткой в панцире и все глубже и глубже зарывался в подушки в надежде, что скоро все пройдет. Ничего не приносило радости и удовольствия. О своей фирме Михаил старался не думать, «пусть ее не будет, как и меня». Тревога и слезы накатывали на взрослого мужчину. «Так больше продолжаться не может. Надо идти к врачу», – пронеслась жизнеспасающая мысль в голове Михаила. Ему оставалось собрать оставшиеся силы и прийти на прием к психиатру. Вы не представляете, каких усилий стоит любое действие для человека с депрессивными симптомами!

Только лечение смогло поднять его на ноги. Через несколько недель приема препаратов – антидепрессантов, нормотимиков, противотревожных средств – Михаил оживился, настроение постепенно стало улучшаться. Появился аппетит, начала пробуждаться радость жизни. Он смог вовремя включиться в работу и не потерять то, к чему так долго шел.

Это был не первый приступ депрессии, маниакальное состояние также ему знакомо. В последний эпизод мании он продал свою квартиру и проиграл в карты большую сумму денег. Уже больше 10 лет Михаил живет с биполярным расстройством. «Появилось оно ниоткуда, ни с чем не было связано», – так он вспоминает первый эпизод болезни. Эмоциональные качели кидали мужчину то в одну крайность, то в другую.

Историю биполярного аффективного расстройства можно проследить со времен… «Древней Греции! – скажете вы. – Как же иначе! Ведь почти каждая история начинается именно с этого периода!»

Нет, мои дорогие читатели. Биполярное расстройство не было знакомо ученым той эпохи. Такой интереснейший момент обнаружил историк психиатрии Дэвид Хили, анализируя тексты и записи греческих авторов. Греки выделяли отдельные состояния мании и меланхолии, которые, правда, могли иногда встречаться у одного человека. Причем понятием «мания» обозначалось любое отклонение с двигательным и эмоциональным возбуждением, а меланхолией считалось любое состояние подавленности и печали. Если эту симптоматику соотносить с современными представлениями о маниях и меланхолиях, то такая клиническая картина может встречаться при огромном спектре состояний – не только психических, но и неврологических, эндокринных и т. д. Есть записи, в которых говорится, что древнегреческий врач Соран Эфесский во II веке н. э. вполне успешно лечил манию минеральной водой из особых источников – вероятно, эта вода содержала соли лития, благоприятно влияющие на нервную систему. Психотропные препараты на основе солей лития успешно применяются и в наши дни в терапии аффективных расстройств, являясь «золотым стандартом» лечения.

В конце XVIII в. меланхолия и мания по-прежнему рассматривались врачами как стадии безумия. Английский медик Джон Хеслем в 1778 г. увидел сходство между, казалось бы, противоположными аффективными состояниями – манией и меланхолией. Он длительно изучал проявления симптомов у своих пациентов и написал труд «Наблюдения относительно Безумия и Меланхолии», который датируется 1809 г. Он отмечал последовательную смену этих состояний: «Мы постоянно видим, как одержимые яростной манией вдруг неожиданно погружаются в глубокую меланхолию, а самые печальные и несчастные создания становятся рассвирепевшими и бредящими».

Французский врач Жан-Этьен Эскироль выдвинул идею «частичного безумия», согласно которой безумие может быть не полным, а затрагивать лишь отдельные структуры человеческой личности. К примеру, у человека могут наблюдаться нарушения в эмоциональной сфере, но интеллектуальные функции при этом остаются сохранными. Варианты безумия, как полагал Эскироль, могут встречаться по отдельности или совместно в различных комбинациях. При этом присутствие мании и депрессии у одного пациента

считалось совпадением.

Первые концепции биполярного расстройства появились в середине XIX в. во Франции. Одновременно открыли маниакально-депрессивную болезнь (или биполярное расстройство) два психиатра – Жюль Байярже и Жан-Пьер Фальре. Споры – кто же из них все-таки был первооткрывателем нового на тот момент заболевания – продолжались довольно длительное время.

Жюль Байярже первым публично выступил в Парижская медицинская академия. Вначале он обозначил выраженные отличия между меланхолией и манией. «Меланхолик слаб и нерешителен, инертен, молчалив, а человек в мании полон уверенности и энергии». Теоретически эти состояния диаметрально противоположны друг другу. Но на практике, по словам Байярже, можно увидеть, что в некоторых случаях меланхолия может переходить в манию и наоборот. Он проанализировал значительное количество клинических случаев и пришел к выводу, что сочетание мании и депрессии – это не просто случайное совпадение, о котором говорил Эскироль, и не 2 разных расстройства. Это 2 фазы одного психического заболевания, которое Байярже назвал «помешательство в двух формах». Интересно то, как Байярже описывает пациентов, страдавших этим психическим расстройством.

Случай женщины X, 28 лет. С 16 лет у пациентки наблюдалось несколько приступов мании. С 21 года приступы мании длились по 15 дней, после чего следовали приступы меланхолии с такой же продолжительностью. Затем наблюдался небольшой период, обычно 3–4 дня, относительного благополучия.

Другой случай – женщина, у которой первый эпизод меланхолии возник в 28 лет. Когда ей исполнилось 36 лет, характер заболевания поменялся. После 1,5 месяца меланхолии она становилась взбудораженной, у нее начиналась ажитация, бессонница. Так длилось еще 2 месяца. Затем женщина чувствовала себя нормально в течение 8 месяцев.

Удивительным было то, что одинаковые приступы с одинаковыми симптомами у нее повторялись каждый год, в одно и то же время.

В двух других случаях у пациентов Байярже были более продолжительные эпизоды депрессии – 6 месяцев, за которыми следовали полгода эмоционального возбуждения, такие циклы повторялись несколько лет.

У других пациентов приступы были короткими – неделю или несколько дней. Байярже отмечал, что чем короче эпизоды, тем более резко между ними совершается переход из одного состояния в другое. Так, пациент может лечь спать в меланхолии, а проснуться уже в мании. Если эпизоды длятся относительно долго, то переход из депрессии в манию может быть не столь заметным. Благодаря наглядности клинических случаев, Байярже удалось разграничить группы пациентов в зависимости от течения заболевания. Приступы болезни он сравнивал со звеньями цепи, где каждое звено связано с последующим.

Его «соперник», Жан-Пьер Фальре, выступил на заседании Парижской медицинской академии 14 февраля 1854 года – ровно через 2 недели после доклада Байярже о новом типе безумия. Фальре назвал состояние, которое длительно наблюдал и результаты опубликовал в своих лекциях (стоит отметить, что лекции были опубликованы за несколько дней до доклада Байярже), «циркулярным психозом». Это психическое заболевание отличалось от обычной мании и меланхолии тем, что приступы депрессии и *ажитации* не такие сильные и глубокие, но повторяются постоянно, циклически. После *аффективных* эпизодов Фальре также отмечал периоды относительного благополучия с нормальным самочувствием пациентов. У женщин, по наблюдениям Фальре, это расстройство встречалось в 3 раза чаще, чем у мужчин, а причина заключалась в наследственных факторах. Полное выздоровление Фальре считал невозможным. При этом оба врача отмечали, что заболевание встречается в практике достаточно редко и имеет легкие формы течения.

В научном мире развивался конфликт: Байярже резко настаивал на своем приоритете в открытии нового расстройства, Фальре при этом потерял всяческий интерес к данной теме и в дальнейшем упоминал о ней крайне редко. Мнения о том, кому же все-таки принадлежит

это открытие, во французском сообществе психиатров также разделились. Большинство врачей вначале поддерживали идею первенства в открытии данного психического расстройства Байярже, однако значительно позднее многие стали признавать приоритет Фальре. До настоящего времени этот вопрос остается открытым в истории психиатрии.

Важнейшей исторической фигурой в формировании представлений о биполярном аффективном расстройстве считается немецкий психиатр Эмиль Крепелин. Он разработал свою уникальную концепцию маниакально-депрессивной болезни, но на самом деле Крепелина мало интересовала сама маниакально-депрессивная болезнь. «Dementia praecox», или «раннее слабоумие» – вот то, что долгие годы исследовал ученый. Концепция маниакально-депрессивной болезни служила, прежде всего, для наглядной демонстрации возможных исходов «раннего слабоумия» (впоследствии данное состояние стало обозначаться как шизофрения), психического расстройства, которое неизбежно прогрессировало. Именно Крепелин ввел термин «маниакально-депрессивный психоз» (МДП). Его особенность он видел в возможностях восстановления состояния пациентов. В категорию маниакально-депрессивных болезней Крепелин включил различные по проявлениям и характеристикам аффективные расстройства, к примеру, послеродовой психоз попал в эту группу, так как после острого состояния всегда следовало улучшение. Он отмечал сложности в четком разграничении аффективных расстройств из-за особенностей клинических симптомов, смешении и смене полярностей эмоциональных переживаний. К примеру, в практике встречается депрессия с ажитацией (двигательным возбуждением) или мания с заторможенностью. Нарушения аффекта сложно поддавались хоть какому-то структурированию, в итоге многие разрозненные аффективные нарушения, которые рассматривались в качестве отдельных нозологий, объединились Крепелином в одну большую категорию маниакально-депрессивной болезни.

С НАЧАЛОМ ДЕЙСТВИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА ТЕРМИН «МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ» (МДП) БЫЛ ПРИЗНАН УСТАРЕВШИМ И НЕКОРРЕКТНЫМ, ТАК КАК КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИШЬ В РЕДКИХ СЛУЧАЯХ СОДЕРЖИТ ПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, А ФАЗЫ, МАНИАКАЛЬНАЯ И ДЕПРЕССИВНАЯ, МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ КАК ОТДЕЛЬНО ДРУГ ОТ ДРУГА, ТАК И ВМЕСТЕ. САМО СЛОВО «ПСИХОЗ» ФОРМИРУЕТ НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ НЕПРОСВЕЩЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ К ДАННОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ, НАКЛАДЫВАЕТ СТОЙКУЮ СТИГМУ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО И ОПАСНОГО ДЛЯ ОБЩЕСТВА СУБЪЕКТА. В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ЭТИЧЕСКИМ СООБРАЖЕНИЯМ.

Это вызвало возмущение в кругах психиатров того времени. Карл Вернике, немецкий психоневропатолог, автор психоморфологического направления психиатрии, категорически высказывался против этой классификации и выделял 5 разных типов меланхолий. Вернике отмечал отличие периодически повторяющихся эпизодов мании или депрессии от случаев, когда мания переходит в депрессию, и большое значение придавал патологии работы структур головного мозга в развитии психических нарушений.

Идеи Вернике впоследствии оказали огромное влияние на психиатров Карла Клейста и Карла Леонгарда, которые стали разрабатывать концепции униполярных и биполярных форм психических нарушений. Клейст развивал теорию «циклоидного психоза», который занимал промежуточное место между шизофренией и маниакально-депрессивной болезнью. Он различал униполярные расстройства, которые постоянны в симптомах, и мультиполярные (когда депрессии сменяются маниями и наоборот).

Леонгард обратил внимание на наследственные аспекты аффективных нарушений: у пациентов с манией в роду обнаруживались родственники с манией, у больных с депрессией – родные с депрессией, но не с манией. Клейст и Леонгард создали сложную классификацию психических расстройств, основанную на множестве критериев, но именно

из-за своей сложности эта система не получила признания в психиатрии.

Современные представления о биполярном расстройстве тесно связаны с исследованиями психиатров XX в. Жюля Ангста и Карло Перриса. Перрис углубился в изучение вопроса о влиянии наследственных факторов на возникновение биполярного расстройства. Также было выяснено, что у людей с *биполярным* расстройством было больше психологических травм в детстве, а у пациентов с *униполярной* депрессией первому эпизоду чаще предшествовало какое-либо соматическое заболевание. Швейцарский психиатр Жюль Ангст отмечал кардинальные различия между униполярной депрессией и биполярным расстройством по множеству критериев – генетическая предрасположенность, течение заболевания, пол пациентов.

В 1969 г. Джордж Винокур совместно с коллегами разработал классификацию, предполагающую разделение маниакально-депрессивной болезни на униполярный и биполярный типы. Ее большой минус заключался в том, что нет метода, который позволяет до начала первого эпизода мании отличить униполярную депрессию от биполярного расстройства.

В 1976 г. американский психиатр Дэвид Даннер совместно с коллегами предложил разделить биполярное расстройство на два типа. В одной категории пациенты страдали эпизодами мании – биполярное расстройство I типа – и попадали в психиатрический стационар. Больные с биполярным расстройством II типа периодически испытывали депрессию и гипоманию, которые не приводили к госпитализации.

Так, концу XX в. диагностические критерии БАР заметно расширились, благодаря этому расстройство стали чаще выявлять. Выяснилось, что оно очень распространено в западных странах, а вовсе не относительно редкое. В начале 1990-х гг ученые часто связывали проявления гениальности с шизофренией, а затем в моду стремительно вошло биполярное аффективное расстройство и прочно заняло эту нишу. Профессор психологии Кей Джеймисон в 1993 г. опубликовала книгу «Прикосновение огнем», в которой провела анализ биографии знаменитых людей (поэтов, художников, композиторов) XIX и XX вв. И знаете что? Многие из них страдали именно маниакально-депрессивной болезнью! Хочу также упомянуть еще одну книгу Джеймисон о биполярном расстройстве, уже автобиографическую – «Беспокойный ум. Моя победа над биполярным расстройством», эта книга буквально разобрана на цитаты. В ней Кей поделилась, как она справляется с этим психическим нарушением через призму собственных представлений и опыта.

Считается, что 1–2,5 % людей в мире страдает биполярным расстройством. Причины его в настоящее время до конца не выявлены, и до сих пор проводятся длительные исследования с целью выяснить наследственную природу заболевания, его механизм, нейромедиаторные изменения. Как именно происходит процесс наследования или мутации гена БАР – до сих пор не ясно. Уже обнаружено, что именно генетические причины на 70–80 % определяют данную патологию. Возможно, присутствует некий ген, сцепленный с X-хромосомой, отвечающий за передачу по наследству биполярного расстройства. Также к специфическим маркерам относится недостаточность фермента G_6PO. Скрининг генома проводится методами генетического картирования и типирования локусов генов. Я думаю, что уже в скором будущем с новыми разработками и открытиями в генетической области мировому сообществу удастся до конца выяснить природу биполярного аффективного расстройства.

Мощным провоцирующим фактором наступления БАР считается гормональная перестройка организма, происходящая во время беременности и родов, а послеродовая депрессия в большинстве случаев приводит с течением времени к биполярному расстройству.

Я ЧАСТО СТАЛКИВАЮСЬ СО СЛУЧАЯМИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ. ОНА УСУГУБЛЯЕТСЯ НЕПОНИМАНИЕМ СОСТОЯНИЯ СО СТОРОНЫ РОДСТВЕННИКОВ, НОВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛЬЮ МОЛОДОЙ МАМЫ, ТЯЖЕЛЫМИ МАТЕРИАЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ, НЕУВЕРЕННОСТЬЮ В СЕБЕ И

МУЖЕ. ДА, ЧЕРЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ВРЕМЯ ЭТО СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ПРОЙТИ. ОДНАКО САМОЕ СТРАШНОЕ ТО, ЧТО ТАКИЕ ЭПИЗОДЫ МОГУТ СЛУЖИТЬ СТАРТОВОЙ ПЛОЩАДКОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ.

Внешние причины: стресс, неурядицы на работе, конфликты в семье, алкоголизация, употребление психоактивных веществ, травмы головы могут также являться причинами развития биполярного расстройства, в таких ситуациях человеку сложно находиться в эмоциональном балансе. При этом спонтанные перепады настроения появляются уже вне кризисной ситуации. Люди, употребляющие алкоголь и другие психоактивные вещества, также находятся в группе риска возникновения биполярного расстройства – как правило, в ситуациях длительного или систематического злоупотребления растормаживается центральная нервная система, нарушается баланс нейромедиаторов в головном мозге (дофамина, серотонина и др.). Все это приводит к спонтанным аффективным колебаниям, как к депрессии, так и к мании.

Однако сами по себе внешние факторы не имеют непосредственной связи с конкретным *аффективным эпизодом* заболевания. Так, при тяжелой психотравмирующей ситуации, например, смерти близкого родственника, возможно возникновение маниакального состояния с расторможенностью, повышенным фоном настроения, бессонницей, повышением аппетита и сексуального влечения.

Особый склад личности тоже может быть предрасполагающим фактором к развитию биполярного расстройства. Личности с психастеническими и шизотипическими *акцентуациями* подвержены монополярным и биполярным вариантам БАР соответственно. Людям с таким складом психики свойственны повышенная ответственность, мнительность, тревожность, добросовестность, склонность к порядку во всем. Психопатии, как известно, не являются истинными психическими заболеваниями, а находятся на границе нормы и патологии. Необходимо отметить, что в психопатиях присутствуют эпизоды декомпенсации состояния, когда имеющиеся черты личности заостряются. Это происходит при влиянии стресса, возникновении внутреннего и межличностного конфликта. Лица с эмоциональной неустойчивостью и невозможностью сдерживать аффект в ответ на внешние обстоятельства, подверженные беспричинным колебаниям настроения, находятся в зоне риска для возникновения БАР. Пожалуй, стоит обратить внимание, если у вашего близкого человека спонтанно и резко меняется настроение, а легкая возбужденность быстро переходит в раздражительность и агрессию.

Оценить степень распространения биполярного расстройства как психического заболевания крайне трудно, можно сказать – невозможно. Это связано, в первую очередь, с отсутствием четкого и ясного определения и классификации данного расстройства. Несмотря на серьезные разработки психиатрических классификаций в мировой практике, общего решения в этой области не найдено. Ни одна из попыток не может в полной мере дать четкое понимание природы биполярного расстройства личности. Значение имеет также невозможность выявить все случаи аффективных расстройств у каждого человека в течение жизни, низкая обращаемость людей за медицинской помощью из-за страха стигматизации, наличие субъективной оценки состояния.

Сотни, тысячи людей с биполярным аффективным расстройством годами страдают, не понимая, что с ними происходит. Очень трудно жить, когда нет ни внутреннего эмоционального баланса, ни внешней поддержки и опоры, понимания окружающих! Люди с БАР считают себя неудачниками, неспособными, дефектными, «не такими, как все». Информации о психических расстройствах в свободном доступе достаточно мало. Правильную трактовку сути болезни, ее описание трудно найти среди множества статей, которые порой пишут люди, далекие от медицины.

В нашем мышлении живет огромное количество убеждений и предрассудков относительно лиц с психическими заболеваниями: они непоследовательны, непредсказуемы, не способны отвечать за свои поступки, могут совершить преступление или напасть на

другого человека. Такое отношение стигматизирует, обрекает на одиночество. Больные лишаются возможности открыто говорить о своем состоянии, проблемах, о том, что действительно для них важно, что лежит на душе тяжким грузом. Страх быть непринятым, отвергнутым самыми близкими людьми сковывает. Молчание превращается в некий защитный механизм, чтобы не сделать себе еще хуже, еще больнее.

Как богатые, так и бедные люди по всему миру подвержены развитию биполярного расстройства личности. Что касается детей и подростков, критерии для клинического определения биполярного расстройства не применимы к данной возрастной категории в связи с коротким периодом наблюдения, невозможностью оценки анамнестических сведений – они используются в качестве диагностики только у взрослого населения. Не выявлена гендерная или этническая предрасположенность к БАР.

По статистике, начало заболевания приходится в среднем на молодой трудоспособный возраст: от 25 до 45 лет, а после 50 лет частота депрессивных фаз у пациентов с биполярным расстройством существенно возрастает. Сегодня расстройство не является заболеванием, приводящим человека к инвалидности, хотя ранее считалось иначе. Однако это психическое расстройство может существенно нарушать качество жизни и влиять на трудоспособность.

Ранее биполярное расстройство личности обозначалось как маниакально-депрессивный или циркулярный психоз. Проводилась параллель между такими заболеваниями, как шизофрения и биполярное расстройство личности – тогда ученым и клиницистам виделась общность этих расстройств, некая генетическая основа, приводящая к подобным заболеваниям.

Елена работала инженером на крупном предприятии. Прежде чем прийти ко мне, в течение нескольких лет она наблюдалась с диагнозом «биполярное аффективное расстройство» у нескольких врачей-психиатров. Свою первую отчетливую депрессию Елена перенесла на 3-м курсе института. Учебная нагрузка и эмоциональное напряжение были высокими, а настроение стремилось к нулю. Не хватало сил, чтобы вставать по утрам с кровати, и трудно было объяснить родителям, что это не лень. Начались пропуски занятий, в скором времени учеба была заброшена окончательно. Елена пребывала в угнетенном расположении духа, депрессия словно отнимала все силы и способности, запечатывала все это глубоко внутри. В глазах стояли беспричинные слезы, часто появлялась жгучая боль в области солнечного сплетения. Аппетит пропал, за пару месяцев Елена похудела на 10 кг. Ей совсем не хотелось жить, казалось, что весь ее мир рухнул.

В какой-то момент состояние ненадолго улучшилось, наступила светлая полоса жизни. Девушке хотелось многое наверстать, она рьяно взялась за учебу – поначалу получалось длительно удерживать внимание, дальше было намного хуже – мысли расползались в разные стороны, и сосредоточиться на чем-то одном не удавалось. Елена много гуляла, могла пройти 15 км пешком и при этом чувствовать невероятный прилив сил. Спать не хотелось совсем, и по ночам девушка подрабатывала в ближайшем кафе. Настроение было приподнятым, Елена знакомилась с людьми на улице, громко пела песни, шагая по тротуару. Ей хотелось попробовать в этом мире все и сразу!

Фазы настроения менялись подобным образом еще несколько раз. Прошло 10 лет, прежде чем Елена впервые обратилась к врачу-психиатру. За это время она попробовала все доступные способы, как можно было справиться со своими перепадами настроения: пила алкоголь, переезжала в другие города, занималась спортом, медитировала, усиленно работала. Но ничего не помогало, внутри будто кто-то качался на невидимых качелях настроения. Врач оказался в конце списка того, что может помочь.

Американская классификация психических болезней (DSM-IV) обозначает данное расстройство как биполярное расстройство I и II типов. Характерной особенностью II типа является отсутствие в клинической картине маниакальных эпизодов, возможны только депрессивные и гипоманиакальные колебания аффекта.

БАР I типа представляет собой классический вариант течения заболевания. Начало симптомов приходится на подростковый возраст. Приступы депрессии и мании четко

очерчены и развернуты. БАР II типа больше напоминает по клинической картине *рекуррентную* депрессию из-за преобладания депрессивного симптомокомплекса. Отмечается и более позднее начало БАР II типа (до 35 лет).

Из-за того, что заболевание неоднородно клинически, отсутствует четкая генетическая и патогенетическая связь с провоцирующими факторами, ясного и понятного всем определения этого заболевания под названием БАР не существует. Как любое заболевание, БАР требует классифицирования для упрощения понимания клиники и сути болезни. От того, на каком аффективном полюсе заболевание располагается (мания или депрессия), биполярное расстройство личности условно можно разделить на униполярные варианты (присутствует одна фаза – либо депрессия, либо мания в течение всей жизни), биполярные (фазы депрессии и мании равны по продолжительности и чередуются), биполярные с преобладанием фазы (маниакальной или депрессивной).

Стоит отметить, что в случае биполярного варианта заболевания перемежаться фазы могут как в правильном порядке: мания – интермиссия – депрессия – интермиссия – мания и т. д., так и в неправильном: мания и депрессия меняются в произвольном порядке через светлые промежутки.

Также есть циркулярный тип течения, при котором отсутствуют эпизоды интермиссии и фазы чередуются одна за другой без перерыва. Такое течение болезни крайне трудно поддается лечению. Важно знать о таком понятии в психиатрии, как инверсия аффекта – смена фазы на противоположную, чтобы вовремя распознавать изменения фона настроения и включать в терапию необходимые препараты, производить коррекцию дозировок.

Так как вопрос о том, что такое биполярное расстройство, остается в какой-то мере открытым в мире психиатрии, врачам приходится в своих наблюдениях ссылаться на клинические особенности биполярного аффективного расстройства. Такие исследования в основной своей массе являются ретроспективными.

Интересно и то, что заболевание может ограничиться даже одной патологической фазой – депрессия, мания, гипомания в течение всей жизни. Поэтому лишь длительное наблюдение способно провести разграничение между обычным депрессивным эпизодом и БАР.

Итак, биполярное расстройство – это смена фаз, депрессии или мании, которая происходит через светлые промежутки. Это классический вариант течения данного расстройства. «Мания – это взятие силы в долг, а отдавать потом нечего, расплачиваться приходится депрессией», – так пишет российский журналист и клинический психолог Маша Пушкина в своей книге «Биполярники. Как живут и справляются с собой люди с биполярным расстройством».

Если вы заподозрили у себя или своих близких такого рода эмоциональные колебания, незамедлительно обращайтесь к врачу-психиатру. Врач оценит имеющуюся симптоматику, проведет необходимые обследования, назначит эффективную и своевременную терапию. Длительность одной фазы может иметь различную продолжительность – от нескольких недель до нескольких лет, но на практике срок одной фазы обычно находится в диапазоне нескольких месяцев. Интермиссии, или светлые промежутки, могут быть от нескольких месяцев до нескольких лет, либо отсутствовать совсем.

Депрессивные фазы, как правило, в несколько раз дольше, чем маниакальные, и, по статистике, возникают намного чаще. Они субъективно переносятся хуже, присутствует депрессивная симптоматика в различной степени ее выраженности – от легкой до тяжелой с психотическими проявлениями и суицидальными тенденциями.

В депрессивной фазе снижено настроение, нарушены сон и аппетит, теряется интерес к общению и любой деятельности. Человек становится пассивным, апатичным, вялым, слезливым, может высказывать мысли о собственной ничтожности, никчемности, о нежелании жить. Говорит человек в депрессии тихим, грустным голосом. Возможны суицидальные тенденции. Человеку в таком состоянии трудно сконцентрироваться на чем-либо, справляться с привычной работой, скорость мыслительных процессов снижена.

Больной становится замкнутым, заторможенным и молчаливым, отдаляется от окружающих людей. В состоянии депрессии человек не следит за своим внешним видом, забывает умываться, расчесывать волосы. Окружающее перестает интересовать и радовать, исчезает удовольствие от жизни, работы и общения.

В классических вариантах течения депрессивного эпизода самочувствие и настроение, как правило, лучше вечером, чем утром. Из-за отсутствия аппетита человек может за короткое время сильно похудеть (на 10–15 кг за 2–3 месяца). При этом нарушается гормональный и эндокринный фон организма. У женщин может нарушаться менструальный цикл на период депрессии (это связано с гормоном пролактином, который вырабатывается в головном мозге). Сон при депрессии прерывистый с ранними пробуждениями и трудностью засыпания. С течением заболевания усиливается тревожность, появляются страхи.

Полина, 27 лет: «Я часто сталкиваюсь с осуждением, непониманием моего состояния другими людьми, даже очень близкими: «не придумывай, лучше делом займись и все пройдет». От этого только хуже… В такие периоды в голове проскакивают мысли о том, что жить не хочется, что я так больше не могу, устала, что проще спрыгнуть с крыши, чем терпеть это гнетущее, вязкое, бескрайнее состояние тоски…»

На пике депрессии возможно возникновение психотической симптоматики. Появляются бредовые идеи ипохондрического плана, идеи самоуничижения и собственной никчемности. Крайний вариант – бред Котара, когда больной считает, что все внутренние органы сгнили, внутри пустота. В редких случаях могут быть галлюцинации (по большей части слуховые) в виде голосов, сообщающих о бессмысленности существования, суицидально настроенные.

При варианте атипичного течения депрессии возможно не уменьшение сна, а, наоборот, чрезмерная сонливость и вялость, вплоть до депрессивного ступора, когда человек может днями напролет лежать в постели, почти не двигаясь. При *ажитированном* варианте депрессии возможны повышение аппетита, чрезмерная раздражительность, тревожность. При *анестетической* депрессии – ощущение чуждости собственного тела. Также возможно присоединение хронического болевого синдрома, длительного и стойкого. Он может быть связан с обострением реально существующего какого-либо хронического заболевания, а может быть следствием депрессивного видения больным своего состояния.

Маниакальная фаза характеризуется чрезмерно приподнятым настроением, повышением двигательной активности, расторможенностью, ускорением потока мыслей, ощущением физической и психической бодрости. В таком состоянии человек начинает множество дел, ощущая эмоциональный подъем, но, как правило, не доводит начатое до конца. Речь у таких людей быстрая, смазанная, в виде монолога. Возникает ощущение, что человек куда-то торопится, спешит жить и многое сделать.

Он не сидит на месте, ему необходимо двигаться каждую минуту, при этом человек не может концентрироваться длительное время на отдельном объекте. Аппетит повышается, ночной сон сокращается до нескольких часов. Такой человек может быть сексуально расторможен, чрезмерно употреблять алкоголь и другие психоактивные вещества.

Инне 38 лет. В течение 7 лет женщина страдает биполярным расстройством: «Во время маниакальных эпизодов, периодов с приподнятым настроением, у меня возникают навязчивые идеи. Кажется, что внутри просто море энергии, которая буквально выплескивается наружу! И тогда я цепляюсь за какую-нибудь «классную идею», как она мне тогда видится. Пару лет назад в одном из таких приступов я купила в ипотеку квартиру, о чем сейчас очень жалею. В мании очень сложно уследить за деньгами. Я могу истратить всю зарплату лишь за один поход в магазин. Еще частенько появляется желание переехать куда-нибудь: в другой город или даже страну. Я легко раздражаюсь, если что-то идет не так, как запланировала. Могу внезапно развязать конфликт с незнакомым мне человеком на улице. В такие периоды спасают только препараты, которые мне назначил психиатр. Они создают внутреннее спокойствие, опору. Когда я принимаю лекарства, я не ввязываюсь в

сомнительные авантюры, не наношу вреда себе и окружающим».

В состоянии гипомании человек, как правило, производит приятное впечатление на других людей. Он выглядит деятельным, веселым, много шутит (иногда неуместно в происходящей ситуации), улыбчив. Бодростью и активностью такой человек пытается зарядить других людей. Однако в мании, при которой симптомы выражены ярче и интенсивнее, человек может проявлять раздражительность, агрессию, мышление становится разорванным. Иногда трудно понять, что человек хочет сказать, так как речь теряет логический строй, превращается в «словесную окрошку» («шизофазия») из отдельно взятых и бессвязных фраз.

Возможны бредовые идеи собственной значимости, величия, реформаторства, изобретательства. Часто в таком состоянии больные инвестируют деньги в сомнительные проекты, покупают ненужные дорогие вещи, продают свою недвижимость, становятся участниками различного рода махинаций с деньгами и т. д. Человек в таком состоянии не считает себя больным, даже наоборот – самым здоровым человеком. Как пишет о себе Кэй Джеймисон в книге «Беспокойный ум. Моя победа над биполярным расстройством»: «Вместо одной симфонии Бетховена я покупала девять, записывалась на семь курсов вместо пяти, вместо двух билетов на концерт брала десять».

Существует специальная клиническая шкала для оценки степени выраженности маниакального синдрома и депрессивных проявлений, используемая психиатрами. Можно пройти опросник Цунга для выявления депрессивных тенденций. Шкала Альтмана позволит определить наличие в состоянии маниакальных симптомов. Также есть тесты на пограничные расстройства, тревожные нарушения, *циклотимию*, которые могут дать некоторое понимание об эмоциональном фоне человека.

Однократное возникновение депрессивного комплекса симптомов не является основанием для постановки диагноза «БАР», но должно приниматься во внимание врачом при последующем обращении человека за медицинской помощью. Зачастую сами пациенты забывают рассказать о периодах чрезмерно хорошего настроения, не считая это патологией, что затрудняет дальнейшую диагностику.

Как отмечал австрийский композитор Хуго Вольф: «Я порой выгляжу веселым и в хорошем расположении духа, рассуждаю вполне последовательно, и кажется, что я полностью в ладу с самим собой. Но душа моя при этом спит мертвенным сном, а сердце истекает кровью от тысячи ран».

Большое значение имеет дифференциальная диагностика при биполярном аффективном расстройстве. Множество внешних причин может вызвать как манию (употребление психоактивных веществ, заболевания головного мозга), так и депрессию (стресс, конфликты, травмы, психотравмирующие обстоятельства и т. д.).

Важно как можно раньше выявлять эпизоды биполярного расстройства личности и начинать их своевременно лечить. БАР необходимо отличать от других психических расстройств, таких как расстройства личности, шизофрения, шизоаффективное расстройство, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), невротические нарушения, психотические расстройства токсического, травматического генеза. Диагноз обычно выставляется лишь через 10 лет после первого эпизода болезни. Только ретроспективно оценивая всю клиническую симптоматику, возможно включить маниакальные или депрессивные симптомы в общую канву биполярного расстройства.

Так как биполярное расстройство охватывает в своей симптоматике достаточно обширную категорию нарушений настроения, в лечении используются различные группы препаратов: антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты, нормотимики. Базовое лечение обязательно включает в себя терапию – стабилизаторами настроения или нормотимическими препаратами (к этой категории, к примеру, относятся препараты лития, Вальпроевая кислота и т. д.). Они снимают раздражительность, предотвращают резкие перепады настроения и, в связи с этим, нарушения поведения. Применяются данные лекарства длительно.

Врачебная тактика в выборе препаратов для лечения биполярного расстройства основывается на возрасте пациента, длительности заболевания и текущей фазы, соматической патологии, индивидуальной эффективности и непереносимости лекарственных средств. Острую аффективную симптоматику необходимо лечить медикаментозно и, желательно, в условиях психиатрического стационара. В терапии используются комбинации различных групп препаратов с разным механизмом действия.

Основной задачей терапии биполярного аффективного расстройства является качественная и длительная ремиссия, сначала лекарственная, а затем безлекарственная. Группа антипсихотических препаратов нового поколения применяется в основном при маниакальных фазах короткими курсами. Дозировки нейролептиков используются меньшие, чем при терапии психотических расстройств. В малых дозах они оказывают *седативный* и *нормотимический* эффекты. Антидепрессанты используются при депрессивном эмоциональном фоне. Курс активного лечения должен быть не менее 3–5 месяцев, с переходом на поддерживающую терапию в течение 5–6 месяцев. В группу антидепрессантов входит огромное количество различных препаратов, которые отличаются друг от друга химической структурой и механизмом действия. Подбор осуществляется с учетом выраженности и специфики депрессивной симптоматики, необходимого эффекта – седативного, активизирующего.

После облегчения симптомов биполярного расстройства возможны занятия с психотерапевтом. Основной задачей здесь является снижение аффективных приступов, их частоты и интенсивности. Пациент учится правильно принимать препараты, справляться с нахлынувшими эмоциями, ищет свои ресурсные состояния, поддерживает социальную и трудовую активность.

Семейная терапия позволяет включить в процесс родственников пациента, позволяет им больше узнать о расстройстве и способах корректировки состояния, создания благоприятной обстановки в семье. Я думаю, что близким пациента крайне важно понимать природу данного расстройства, научиться принимать все то, что происходит с человеком. Многие конфликтные ситуации в семье можно сгладить, если люди относятся друг к другу с уважением, но, к сожалению, случаются конфликты и ссоры, которые являются мощными стрессовыми факторами для развития все новых и новых приступов БАР.

Групповая психотерапия показана на поддерживающих этапах лечения и позволяет найти единомышленников – таких же людей с биполярным расстройством. В схожих группах легче делиться своими переживаниями, меньше страха быть непонятым или осмеянным.

Медиками сейчас активно проводится психообразовательная работа с населением. Создаются специальные бригады, в которые включаются врач-психиатр, психолог, социальный работник. Регулярно на базе ПНД проводятся групповые занятия, на которых можно получить любую интересующую информацию о заболевании, его симптомах и лечении.

Так как диагноз биполярного расстройства личности выставляется лишь спустя несколько лет, а то и десятилетий, возникают трудности в определении самого первого, начального проявления заболевания. Прогностически неблагоприятными можно считать частые фазы с инверсией аффекта (смена настроения от депрессии до мании и наоборот), резистентное к терапии БАР.

При хорошей компенсации состояния, лекарственной или безлекарственной ремиссии человек остается социально активным, трудоспособность его сохраняется. В случаях, когда БАР не контролируется пациентом (по причине незнания о психическом расстройстве и о возможных последствиях и исходах, боязни обращения к психиатрам из-за страха стигматизации как психически больного человека, нежелания принимать лекарства), могут возникать более трудные ситуации с невозможностью продолжения работы, нарушением поведения и затяжными депрессивными симптомами.

Чем раньше начнется лечение биполярного аффективного расстройства, тем лучше. В

целях профилактики возникновения новых фаз биполярного расстройства необходимо применять группу нормотимиков, соблюдать режимы работы и отдыха, сна и бодрствования, правильно организовывать свой день, чтобы снизить уровень стресса. В рамках предотвращения БАР нужно научиться правильно отдыхать и расслабляться. Помочь в этом могут различные виды активной деятельности: плаванье, медитация, йога, дыхательные практики, прогулки на свежем воздухе, общение с друзьями. Необходимо соблюдать нормы сна (7–8 ч), чтобы организм отдыхал и восстанавливался. Умственный труд рекомендуется чередовать с физическим.

Вячеслав, 45 лет: «Я не хотел ложиться в больницу, все надеялся, что пройдет само. Когда в мою жизнь пришла депрессия, я как будто выпал из реальности, моя личность перестала иметь ценность. Пробовал снимать тревогу алкоголем, помогало – но лишь на короткое время, потом страх и депрессия возвращались с новой, удвоенной силой, так, что я сутками не спал. Сил не было совсем, даже ходить на работу. Это ощущение – депрессия – отличается от эмоций, которые человек испытывает в нормальном, здоровом состоянии. Оно глубже, словно контролирует тебя изнутри. И ничего, кажется, с этим сделать нельзя.

Мания, которая сменила депрессию, перевернула мою жизнь с ног на голову. Я залез в долги, взял кредиты, за которые мне еще долго расплачиваться. Когда я уезжал из города, казалось, что становится легче, я много общался с разными людьми, рассказывал о себе. Ходил на курсы, где лечат гипнозом и медитациями. Ничего не помогало, мысли не упорядочивались. Даже наоборот, стало вовсе не понятно, кто я, что со мной происходит, как остановить заболевание. Я много посещал церковь, молился. Жизнь неслась на каких-то невероятных оборотах. И все шло к тому, что нужно сбрасывать скорость, иначе случится трагедия».

Почему так важно вовремя распознавать и лечить депрессивную симптоматику? Она не только значительно нарушает качество жизни человека, но и может привести к трагическому исходу – суициду. Если человек высказывает мысли о нежелании жить, совершает некие действия, способствующие суициду – подготавливает средства, с помощью которых можно совершить самоубийство, прощается с родственниками, пишет предсмертные записки – необходимо незамедлительно обращаться в суицидологическую службу, отделения и филиалы которой есть в каждом городе. Квалифицированные специалисты, врачи-психиатры в любое время дня и ночи окажут первую помощь во избежание страшной трагедии. Существуют также анонимные кабинеты психологической помощи, телефоны доверия, где каждый нуждающийся будет услышан и получит реальную помощь.

Нужно добавить, что в профилактических целях стоит максимально ограничить или исключить прием алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ). прием которых сопряжен с такими последствиями нарушения психического состояния, как тревога, нарушение сна и аппетита, депрессивная симптоматика, суицидальные тенденции, галлюцинаторные проявления, колебания настроения. Эти симптомы возникают из-за нарушения баланса нейромедиаторных систем в головном мозге, серотонинергической и дофаминергической. Также прием ПАВ является стимулом к возникновению новых приступов биполярного расстройства, резистентному и длительному течению фаз.

При наличии в прошлом травм головы необходимо плановое наблюдение невролога, курсовой прием сосудистых и ноотропных препаратов 2 раза в год. Такая терапия позволит уменьшить последствия травмы – они есть всегда и остаются с человеком всю оставшуюся жизнь, нормализовать эмоциональный фон, предупредить возникновение колебаний настроения.

Биполярное расстройство личности характеризуется чередованием фаз депрессии и мании. О таком состоянии можно действительно сказать: от любви до ненависти один шаг. Биполярное расстройство является нарушением психических функций, а не особенностями характера человека. Помните – сам человек в таком состоянии больным себя не считает.

Подведем итог всей этой непростой и большой главы. Депрессивные или маниакальные

фазы в классическом варианте биполярного расстройства прерываются светлым промежутком без каких-либо отклонений в настроении и поведении человека. Таких фаз в течение всей жизни может быть несколько. Их возникновение никак не связано с внешними обстоятельствами, возникают они спонтанно. Фазы могут быть как униполярными с одним аффективным локусом (мания или депрессия), так и биполярными (где встречается диаметрально противоположный эмоциональный фон).

Очень важно не допустить стигматизации заболевшего человека. В обществе все еще присутствует страх обращения к врачам-психиатрам из-за моментального признания в широких кругах собственной неадекватности. Это нездоровая и неправильная позиция. Кей Джеймисон в своей книге «Беспокойный ум. Моя победа над биполярным расстройством» пишет: «Слово «неадекватный» не просто отвратительно, оно еще и уничижительно. Граница между человеком, которого считают чувствительным или впечатлительным, и тем, на кого ставят клеймо «душевнобольной», едва уловима. Меня ужасало, что кто-то назовет мои депрессии и попытку суицида следствием слабости или «истеричности». Я соглашалась на звание человека, который время от времени страдает от психозов, – лишь бы не прослыть слабой истеричкой»

Психические расстройства могут иметь хроническое течение и доставлять огромный дискомфорт человеку. Этот страх связан также с неосведомленностью населения в сфере медицины, с финансовыми трудностями. Обращение к врачу не стоит откладывать в долгий ящик, и уж тем более бояться.

Биполярное расстройство личности не приводит человека к инвалидности, но серьезно снижает качество жизни. В связи с эмоциональными перепадами человек может с большим трудом удерживаться на работе, а в некоторых случаях труд становится невозможным. Лечение пациентам с БАР жизненно необходимо, причем длительное и комбинированное. Препараты позволяют сгладить эмоциональный аффект, предотвратить новые фазы биполярного расстройства личности.

Вопросы, которые волнуют родителей. Аутизм

Аутизм – одно из самых загадочных для родителей заболеваний. Не многие мамы и папы четко понимают, что приводит к развитию аутизма и как проявляется это заболевание у детей. Беспокойство за здоровье ребенка начинается слишком поздно, когда возникают отклонения в поведении, нарушается коммуникация малыша с внешним миром. Часто это происходит, когда пора идти в школу или же в младшем школьном возрасте. Очень важно знать основные проявления расстройств аутистического спектра, чтобы помочь маленькому человеку комфортно и свободно контактировать с постоянно меняющейся окружающей средой, успешно развиваться.

Не так давно ко мне обратилась Надежда, молодая женщина 27 лет, с очень интересным вопросом: «Мне кажется, у меня аутизм. Как можно это проверить? Я боюсь, что дочери он тоже передастся». Надежду обеспокоила ее собственная закрытость, трудности в общении с другими людьми, тревога. Как выяснилось при беседе, клиентка обладает высоким интеллектом, знает несколько языков (в том числе и сложнейший китайский!), с упоением играет на фортепиано, интересуется историей искусств, находится в счастливом браке и воспитывает трехлетнюю дочь.

Надежда родилась и выросла в небольшом российском городке в простой рабочей семье: мама «ответственная, идеальная, заботливая», папа «со странностями, ритуалами, тревогой, не понимает шуток, замкнутый». В детском возрасте отклонений в развитии не наблюдалось. Детский сад посещала, «была активной и своенравной, в детстве мало спала». В школе Надежда училась отлично, «нравилась математика и физика, много занималась дополнительно, потому что было интересно». Со сверстниками общение не ладилось, «разговоры казались мне скучными, была пара друзей и все. Наверное, многие считали меня странной». Окончив школу, девушка заинтересовалась китайской культурой и уехала

учиться в Китай, где и проживает в настоящий момент.

Пациентка отмечала, что ей трудно поддерживать зрительный контакт с окружающими при беседе, свободно говорить на любую тему. Но видя меня впервые, Надежда спокойно и ясно излагала свои мысли, смотрела в глаза.

Конечно, в случае Надежды речь идет не об аутизме, так как данный диагноз выставляется, как правило, в детском возрасте (до 3 лет) по целому комплексу симптомов. Отдельно взятые, разрозненные проявления в виде затруднений в общении и некоторой замкнутости не могут свидетельствовать о наличии расстройства аутистического спектра

Давайте вместе попробуем разобраться в том, что именно называется аутизмом и как он проявляется.

Аутизм – это комплексное нарушение психических функций. Он относится к группе расстройств аутистического спектра (РАС) и характеризуется отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, шаблонностью поведения и различными неспецифическими общими симптомами: страхи, тревога, двигательное возбуждение, нарушения пищевого поведения, приводящие в итоге к нарушению социальной адаптации.

В последнем Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) и Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) детский аутизм и синдром Аспергера были удалены из классификаций. Вместо них теперь используется термин «расстройство аутистического спектра».

Касаясь темы аутизма, я вспоминаю драматический фильм 2017 г. «Please stand by» («Пожалуйста, приготовьтесь»). Девушка Венди – главная героиня этого фильма – страдает аутизмом. Она проживает в пансионате, где каждый день проходит по четкому расписанию. Вокруг пациентов создана спокойная, понятная им, комфортная среда. Девушка регулярно общается со своим врачом, а днем подрабатывает в кафе. У Венди есть специфическое увлечение – она огромная поклонница «Звездного пути» и знает абсолютно все об этом фантастическом мире. Однажды, увидев объявление о конкурсе сценариев, она решается написать свой сценарий. Тут и начинаются ее приключения! Зрители вместе с главной героиней впадают в тревогу, панику и напряженно наблюдают за тем, как ей действительно тяжело себя преодолеть в реальном мире. Посмотрев этот фильм, вы сможете примерно представить, что чувствует и как воспринимает мир человек с заболеванием аутистического спектра.

Когда я стала углубленно изучать тему расстройств аутистического спектра, я нашла потрясающую фразу: «Аутизм имеет долгое прошлое, но короткую историю». Первые упоминания и описания аутизма можно найти в… сказках! Древние легенды и сказочные истории гласили о том, что эльфы похищали из семей детей, взамен оставляя других малышей, совсем не похожих на прежних детей. Думаю, это и были первые попытки осмыслить такое явление, как аутизм – непохожесть на остальных.

В истории медицины XVIII в. постепенно появляются описания людей, которые, по всей вероятности, страдали аутизмом (сам термин «аутизм», конечно, еще не употреблялся). Они описаны как крайне замкнутые, почти не разговаривающие, но при этом обладающие феноменальной памятью.

Понятие «аутизм» впервые ввел в 1920 г. Эйген Блейлер, всемирно известный швейцарский психиатр, который в то время занимался вопросами изучения шизофрении (называемой поэтому также болезнью Блейлера). Он считал аутизм одним из четырех важнейших симптомов шизофрении наряду с амбивалентностью, аффектом и ассоциациями (их нарушением) – «4 А», и применял данный термин для описания взрослых пациентов с шизофренией в случаях, когда возникали тяжелые нарушения взаимодействия больного с реальным миром. Такие пациенты словно погружены в собственные переживания, оторваны от реальности.

Первое описание детского аутизма как отдельного синдрома было дано одним из основателей детской психиатрии Лео Каннером. В 1943 г., в статье «Аутистические нарушения аффективного контакта», Каннер использовал значение слова «аутизм» в новом

смысле, отличном от термина, изначально определенного Эйгеном Блейлером.

Лео Каннер обозначил диагноз одиннадцати детей в своем исследовании как «инфантильный аутизм», клиническая картина которого значительно отличается от детского типа шизофрении. Проблема у обследуемых детей была в том, что они не могли поддерживать обычные эмоциональные контакты с другими людьми. В 1956 г. Каннер вместе с Леоном Эйзенбергом составили новые диагностические критерии инфантильного аутизма и опубликовали статью «Ранний детский аутизм: 1943–1955».

Параллельно с Каннером темой аутизма у детей занимался другой детский психиатр – Ганс Аспергер. В 1944 г. он написал работу о детях с психическими отклонениями под названием «Аутистические психопаты в детском возрасте». С 1950-х гг. интерес к изучению аутизма в США и странах Европы заметно возрос. Появлялись теории возникновения аутизма, причины которого связывались с отсутствием теплых отношений к ребенку со стороны его родителей. В статьях и публикациях использовались термины «замороженная мать», «холодные родители», которые метафорически, образно показывали, насколько для ребенка с самого раннего возраста важен эмоциональный контакт со значимыми взрослыми. Но в действительности аутизм, вероятно, имеет более глубокие и разноплановые причины развития, нежели только нарушенная коммуникация ребенка со значимым взрослым.

На данный момент всемирно признанной и четкой концепции возникновения аутизма не существует. Догадки складываются в различные гипотезы возникновения аутизма – генетические, инфекционные, социальные, психологические, биологические и даже экологические. Причем они не исключают друг друга, а описывают комплексность нарушений проблем в различных структурах.

Заболевания аутистического спектра достаточно широко распространены: 34–90 на 10 000 населения. Причем мальчики в 3–4 раза чаще подвержены развитию аутизма, чем девочки. Механизм развития аутистических расстройств неизвестен, однако с уверенностью можно говорить о генетической основе нарушений при РАС. Происходят поломки генома на различных уровнях: заменяются нуклеотиды в генах, меняется количество копий генов в клетках, то есть дефект развития структур головного мозга формируется на ранних этапах. Изменения носят *диффузный* характер и не могут быть связаны с поражением какого-либо конкретного отдела мозга.

Среди предполагаемых причин аутизма ведущее место занимают различные внешние факторы: травмы, в том числе и родовые, нарушение обмена веществ, инфекционные заболевания, токсические вещества, лекарственные препараты.

Для того чтобы диагностировать аутизм, необходим целый комплекс симптомов – не менее шести. Они могут относиться к проблемам взаимодействия с обществом в виде неспособности во время общения – жестикулировать, взаимодействовать и находить общий язык с другими детьми, эмоционально реагировать на окружающих, проявлять эмпатию, переживать радость и выражать эмоции.

Начало симптоматики до трехлетнего возраста – ключевой момент в развитии аутизма. У ребенка могут наблюдаться задержка в речевом развитии, отсутствие разговорной речи, стереотипии в речи (повторяющиеся предложения и отдельные слова) или неуместное использование слов и фраз. Все это приводит к тому, что начинать и поддерживать общение становится невероятно сложной задачей для малыша.

Ролевые игры, типичные для детей младшего возраста, у детей-аутистов отсутствуют. Интересы и поведение их узконаправлены. К примеру, может существовать одно (или несколько) крайне необычных по содержанию увлечений: ребенок досконально изучает схемы телевизоров, карты дорог или же знает флаги всех стран мира.

Возможны и другие неспецифические нарушения: страхи, фобии, агрессия вплоть до нанесения самоповреждений, двигательное возбуждение, нарушения сна и пищевого поведения, крайняя избирательность в еде, отказ от другой предложенной вкусной еды, какие-то особенные «ритуалы» и др.

Синдром Каннера – классический вариант аутизма. Заболевание начинается с самого

младенчества. Синдром характеризуется дефектом функций психики и частичным ее недоразвитием, нарушением способности к общению. Можно выделить три основных комплекса нарушений: недостаточная социализация, отсутствие общения и стереотипное поведение.

Родители чаще всего обращают свое внимание на задержку речи ребенка. Неладное можно заподозрить уже с младенчества – гуление и лепет малыша с аутизмом крайне бедны. Жесты, свойственные детям с раннего возраста, отсутствуют. Первые слова у детей с синдромом Каннера странные, в виде повторов слогов. Словарный запас пополняется крайне медленно. После трех лет речь содержит фразы-клише. Ребенок обращает все свое внимание на собственную личность. Детям-аутистам трудно вступать в диалог, пересказывать текст. Основная цель речи – общение, и именно эта функция коммуникации у аутистов практически утрачивается. Игры таких детей лишены импровизации, выдумки и творчества. В движениях малыша можно заметить угловатость или стереотипные действия – например, ходьба на цыпочках, махание руками «как бабочка».

Обычно у ребенка с классическим вариантом аутизма нет характерной радости и эмоциональности, когда родители берут на руки. Малыши не различают «своих» и «чужих». Эмоциональная сфера притуплена, абстрактное мышление не развивается. Интеллект таких детей, как правило, снижен. Заболевание изменяет развитие ребенка, сохраняет неизгладимый дефект на протяжении всей оставшейся жизни.

При *детском инфантильном психозе*, другом варианте аутизма, симптомы менее глубокие и оформленные, в отличие от синдрома Каннера. В самом начале заболевания (в первые три года жизни ребенка) преобладают симптомы кататонии. Кататонические расстройства – нарушения двигательной сферы. Они представлены возбуждением и *стереотипными гиперкинезами*: бег по кругу, прыжки, качание на стуле, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, неустойчивый тонус мышц. У детей с инфантильным психозом выражены реакции вегетативной нервной системы, часто, к примеру, наблюдается повышенная потливость. Такие малыши не испытывают тягу к установлению социальных связей, у них нет потребности в общении даже с родными и близкими. Речь нечеткая, бессвязная. Выявить детский инфантильный психоз можно при наличии у ребенка характерных симптомов в возрасте 12–18 месяцев.

Приступы заболевания длятся 2–3 года, затем наступает ремиссия. К возрасту 7–9 лет приступы купируются, и задержка психического развития может быть преодолена.

При увеличении нагрузки и чрезмерном эмоциональном напряжении в школе могут возникать кратковременные стереотипные движения. Такие дети не могут долго сидеть на месте, вертятся, бегают во время занятий, легко отвлекаются. Часто у больных нарушена коммуникация, сохраняется снижение интереса к социальным взаимосвязям, они одиноки. Впрочем, необходимо отметить, что своевременная реабилитация способствует благоприятному исходу в 84 % случаев (выздоровление – в 6 %; «*высокофункциональный аутизм*» – в 50 %, *регредиентное* течение – в 28 %).

Егор с младенчества был «удобным» ребенком: на первом году жизни много спал, был очень спокойным, не очень активно реагировал на маму и яркие игрушки. Не плакал, даже когда был голоден или долго лежал в мокрых пеленках. Садиться начал с 8 месяцев, ходить – в год. Не гулил, первые слова начал произносить уже после года. Родных не отличал от посторонних. Педиатр считал ребенка здоровым, но мама с раннего возраста обращала внимание на пассивность мальчика. Когда малыш учился ходить, наряду с обычной походкой периодически ходил на носочках. Егор часто играл с собственными руками, любил прыгать и мог бесконечно долго смотреть на струю воды, вытекающую из крана в ванной. В 1,5 года Егор обожал слушать стихи, на заданные вопросы не отвечал, к общению не стремился. Только если в чем-то сильно нуждался, малыш жестом мог указать на желаемое.

К 2,5 года мальчик понимал обращенную речь, но сам почти не говорил. Мама находила поведение Егора «странным»: он мог долго перекладывать игрушки с места на место, потряхивать кистями рук и с радостью бегать на цыпочках. На улице мальчик ни во что не

играл, избегал других детей и ничего не просил. В детский сад Егор ходил в течение года. Он оставался «особенным», несмотря на то, что успешно подчинялся правилам и требованиям воспитателей, любил занятия музыкой и играл с другими детьми. Периодически мальчик гримасничал и подпрыгивал, тряс кистями рук.

В 8,5 года Егор стал первоклассником. В школу мальчик ходил без особого желания, уроки учил вместе с мамой. Постепенно начал интересоваться общением, неумело заслуживая одобрение одноклассников смешным поведением, передразниванием, копированием шалостей хулиганов из класса. При волнении во время ответов он нервничал, потряхивал руками, подпрыгивал на цыпочках.

Сейчас Егору 10 лет, первый класс мальчик окончил на четверки. В учебе ему хорошо даются языки, а вот точные науки усваиваются с большим трудом. Егор остается не по возрасту наивным. Другие дети часто его обманывают и дразнят. В поведении мальчик может проявить агрессию, быть крайне несдержанным.

К *атипичному аутизму* в детском возрасте относится большинство тяжелых форм аутизма при других заболеваниях (шизофрении, болезни Дауна, фенилкетонурии). Атипичный, т. е. не такой, как классический вариант, аутизм может начинаться в позднем возрасте (после 3 лет), при включении в клинику различной дополнительной патологии – психотической и непсихотической (умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами).

Людей с расстройствами аутистического спектра в СМИ, фильмах и литературе часто представляют как обладателей особых или «незаурядных» навыков: будь то маленький ребенок, который подбирает на слух впервые услышанную мелодию, или взрослый с поразительной памятью (например, известный невероятной способностью к запоминанию американец Ким Пик). Но насколько эти описания реалистичны?

Согласно многим исследованиям, выдающиеся способности у людей с аутизмом действительно встречаются чаще – каждый третий взрослый обладает особыми умениями в одной или нескольких областях. Яркий пример – британский архитектурный художник Стивен Уилтшир. Он отличается феноменальной способностью по памяти воспроизводить архитектурные пейзажи, увидев их лишь один раз в жизни.

Когда Стивену было около 5 лет, он был зачислен в школу в Западном Лондоне. Там преподаватели впервые заметили его огромный интерес к рисованию. При этом мальчик совсем не разговаривал! Первое слово, которое Стивен произнес в 5 лет, – «бумага». Учителя проявляли огромное терпение и побуждали мальчика просить необходимые для рисования предметы.

В 1987 г., когда Стивену было 12 лет, всемирно известная компания BBC выпустила программу о синдроме саванта[1] «Глупые Мудрые».

В одном из эпизодов была рассказана история мальчика-аутиста, Стивена Уилтшира, который нарисовал по памяти удивительно точный эскиз вокзала Сент-Панкрас, который он посетил в первый раз лишь мимолетом. После этого сюжета в редакцию BBC поступило огромное количество писем и звонков от людей, которые хотели приобрести оригиналы работ Стивена. В 2006 г. Стивен открыл свою галерею в здании «Королевской оперы Каркада».

Стивену сейчас 46 лет, у него диагностирован аутизм. Он не разговаривает, а все свои мысли выражает на бумаге. Во время рисования Стивен слушает музыку – она помогает ему сосредоточиться.

---

[1] Синдром саванта – редкие состояния, при которых люди с отклонением развития, в том числе и аутистического плана, имеют «остров гениальности» – особые способности в одной или нескольких областях знаний. Савантизм впервые был описан Джоном Лэнгдоном Дауном в 1887 г., но не вошел ни в одну медицинскую классификацию. Главный герой романа Уинстона Грума «Форрест Гамп» – Рэймонд Бэббит в фильме «Человек дождя» (1988 г.) – один из запоминающихся представителей синдрома саванта. – *Прим. автора*.

Задача родителей, психологов и педагогов образовательных учреждений – как можно раньше обратить внимание на малыша с отклоняющимся поведением, создать комфортные условия в семье, детском коллективе и, конечно, направить к врачу-психиатру. Важно не упустить периоды развития ребенка, когда он должен активно познавать окружающий мир и налаживать общение со сверстниками и другими взрослыми, чтобы не произошло закрепления и прогрессирования аутистической симптоматики.

Более 70 % людей с аутистическими расстройствами имеют особую изолированную *мнестическую* способность, зрительно-пространственные способности, вычислительные, изобразительные или музыкальные навыки. Выявление и развитие этих особенных интересов и способностей может не только поднять самооценку человека с расстройствами аутистического спектра и дать возможности для взаимодействия с другими людьми, но и помочь в дальнейшей социализации и трудоустройстве.

Хороший эффект наблюдается от комплексного применения лекарственных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция, психотерапевтическая и социальная работа с маленьким пациентом и его семьей). Преемственность помощи при лечении – один из главных принципов терапии РАС.

Памятка для родителей

Родителей должно насторожить, если ребенок:

• до 12 месяцев не гулит и не лепечет,

• после 1 года не использует указательный жест, чтобы обратить на что-либо внимание родителей,

• до 1,5 года не говорит слова,

• в возрасте 2 лет не произносит коротких фраз,

• теряет ранее приобретенные речевые и социальные навыки – вне зависимости от возраста.

Для того чтобы выявить наличие аутизма, можно провести специальные скрининговые исследования. На сегодняшний день широко используются в практике экспресс-оценка аутистических проявлений (ADOS, 2011 г.), модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (MCHAT), социально-коммуникативный опросник (SCQ1), анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет).

При беседе врач собирает объективные сведения о пациенте, изучает имеющуюся медицинскую документацию, характеристики из дошкольных учреждений, коррекционных центров и школ, беседует с маленьким пациентом и его родственниками. Далее диагностику развития проводят психологи для выявления особенностей личности ребенка, оценки его коммуникативных навыков, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – инструментальное исследование, широко применяемое при диагностике РАС. У детей с аутизмом отмечаются определенные изменения в биоэлектрической активности головного мозга, связанные с клинической симптоматикой. Из несомненных плюсов ЭЭГ стоит отметить повсеместную доступность и низкую стоимость. ЭЭГ позволяет не только обнаруживать эпилептическую активность, но и оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга, дезорганизации корковых структур, что имеет определяющее значение при диагностике онтогенетических нарушений.

Стационарное лечение в детском психиатрическом отделении необходимо детям-аутистам с грубыми изменениями поведения, острой психопатологической симптоматикой, при опасности для жизни и здоровья ребенка, затруднениях в осуществлении мер по уходу и невозможности компенсировать данное состояние амбулаторно. После стационарного лечения и купирования острого состояния маленький

пациент поступает на долечивание в амбулаторное звено. На этом этапе добавляется педагогическая коррекция с использованием специальных адаптированных по возрасту программ восстановительного типа.

Медикаментозное лечение аутизма имеет огромное значение, и особенно важным является раннее начало терапии. Это связано с особенностями развития головного мозга ребенка, выделением специфических периодов развития психических функций, когда существует возможность остановки активного течения заболевания. Принимаются во внимание и способы приема лекарств: происходит подбор удобных для пациента форм препаратов, например, в виде капель или растворимых в полости рта таблеток.

При возникновении острого психоза с преобладанием неспецифических аутистических проявлений (паника, страхи, тревога, психомоторное возбуждение, агрессия) назначаются антипсихотики с успокаивающим и снотворным эффектом. Для поддержки умственных функций используют, как правило, атипичные нейролептики – именно эта группа препаратов сохраняет реабилитационный потенциал и не дает болезни прогрессировать. При наличии выраженного депрессивного состояния, тревоги, нарушений сна, навязчивостей назначаются антидепрессанты и транквилизаторы. У детей при всех видах РАС в комплексной терапии обязательно используются ноотропы и вещества с ноотропным действием.

В 1970-е гг. интенсивно разрабатывались специализированные программы для обучения детей и взрослых с аутизмом. Исследователями было доказано, что интенсивная коррекция, проводимая в раннем возрасте, может уменьшить проявление нежелательного поведения и способствовать развитию у ребенка необходимых, адекватных навыков.

Психокоррекция и социальная реабилитация являются базовыми при лечении аутизма, так как направлены на формирование и развитие навыков общения и эффективной подстройки к окружающему миру. Одна из лучших в мире – программа «Обучение и воспитание детей с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития» (TEACCH – Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) и методика поведенческой терапии – Прикладной анализ поведения (ABA – Applied behavior analysis).

Логопедическая коррекция индивидуально учитывает особенности больных с аутизмом, нарушениями речи. Она направлена на формирование словарного запаса, развитие внимания, речевого слуха.

Нейропсихологическая коррекция также полезна маленьким пациентам, в ней используются специальные программы упражнений для снятия напряжения. В этом комплексе задействованы дыхательные и релаксационные методики, физические упражнения для различных групп мышц (глазодвигательных, мышц языка, лица, челюсти, мелкой моторики рук).

Обучать таких детей лучше в специализированных учреждениях: детских садах компенсирующего вида и учреждениях, имеющих группы компенсирующего и комбинированного назначения для детей с нарушениями слуха, речи, моторики, с нарушением интеллекта (коррекционных школах). Учебную программу в коррекционных школах разрабатывают с учетом особенностей детей, выстраивая весь обучающий процесс так, чтобы каждый ученик усваивал новые знания в комфортном для себя темпе. Для того, чтобы попасть в образовательное учреждение такого типа, необходимо пройти психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК). На комиссию ребенка обычно направляет администрация школы или родители (законные представители), где специалисты комплексно обследуют ребенка и дают рекомендации о возможности его перевода в коррекционное образовательное учреждение, необходимости врачебного наблюдения, занятий с логопедом или психологом.

Отличие коррекционной школы от обычной

– в образовательном процессе учитываются особенности физического и интеллектуального развития ребенка

– классы небольшие (6–15 человек)

– ребенок чувствует себя спокойнее и увереннее в среде сверстников со схожими проблемами развития

– преподаватели, обучающие в коррекционных школах, имеют специальное образование и квалификации, позволяющие работать с особенными детьми

– учебная программа адаптирована под особенности детей, часть предметов исключается для комфортного усвоения материала

– по форме обучения образовательные учреждения подразделяются следующим образом:

специальная (коррекционная) начальная школа-детский сад;

коррекционная общеобразовательная школа (всего есть 8 видов коррекционных школ в зависимости от имеющейся патологии у ребенка);

общеобразовательная школа-интернат.

Сейчас в России детей с аутистическими расстройствами можно обучать в коррекционных образовательных учреждениях 5-го вида (для детей с тяжелыми нарушениями речи), 7-го вида (для детей с задержкой психического развития), 8-го вида (для умственно отсталых), в школах индивидуального обучения на дому для детей-инвалидов по общеобразовательной программе, либо обучаться по индивидуальному учебному плану. Не меньше, чем дети с аутизмом, в помощи и поддержке нуждаются родители, снять тревогу и эмоциональное напряжение в семье помогают современные психотерапевтические методики. Врач подробно объясняет природу и особенности течения болезни, обучает навыкам выхода из сложных ситуаций и коррекции поведенческих нарушений. Большой труд научиться принимать ребенка таким, какой он есть, и не брать на себя вину за возникшее заболевание! Важной задачей родителей становится создание атмосферы, где ребенок будет чувствовать любовь и понимание, поддержку и доброжелательность, где будут учитываться его особенности и интересы.

При разных формах расстройств аутистического спектра прогноз отличается. Но в целом своевременно установленный клинический диагноз, адекватное ведение психофармакотерапии, проведение реабилитации являются достаточно эффективными и способствуют благоприятному исходу.

У 70 % больных с РАС наблюдается стабильное улучшение, в 10 % случаев больные полностью восстанавливаются. 20 % больных с тяжелыми формами атипичного аутизма, синдромом Каннера имеют неблагоприятный прогноз, *когнитивный дефицит* и становятся инвалидами с детства.

Дети с аутизмом совершенно необыкновенные, не плохие и не хорошие. Они такие, какие есть, особенные, способные смотреть на вещи под особым углом. Они внимательны к мельчайшим деталям, трудно переносят изменения и тяжело адаптируются к чему-то новому. Постоянная и спокойная среда крайне важна для них! В наших силах вовремя увидеть и распознать, что с малышом что-то не так, что развитие не соответствует возрастным нормам и вовремя обратиться к специалисту.

Современное общество рано или поздно научится принимать таких особых людей, создавать необходимые условия для их обучения и трудоустройства. А пока мы можем начать с себя: учиться заботиться о своем здоровье, быть терпимее к окружающим, помогать нуждающимся словом и делом.

Доверяй, но проверяй. Обсессивно-компульсивное расстройство

Представим ситуацию: вы выходите из дома, доезжаете до работы и не можете вспомнить – выключили ли утюг? Точно ли закрыли входную дверь? Знакомо, правда? Возникают сомнения, настолько сильные, что моментально перерастают в мощную тревогу и беспокойство. Все мысли и переживания теперь связаны только с этими навязчивыми сомнениями! Вот наглядный пример, который, впрочем, характеризует лишь часть проявлений обсессивно-компульсивного расстройства.

Обсессивно-компульсивные расстройства, или ОКР, широко распространены среди населения, как и тревожные расстройства в целом, с ними сталкиваются около 2–3 % людей.

Проявляется обсессивно-компульсивное расстройство навязчивыми мыслями и ритуальными действиями, которые поначалу приносят некоторое временное облегчение. Трудность выявления здесь состоит в определенной скрытости симптоматики, клинические симптомы не такие яркие, как, например, при психозе или депрессии.

Недавно ко мне обратилась Ева, женщина 50 лет, с навязчивыми мыслями о страхе заболеть чем-то неизлечимым – гепатитом, ВИЧ, онкологией. После тяжелой утраты, случившейся 6 месяцев назад, пациентка стала тревожной, постепенно начали появляться мысли о загрязнении, о возможности заболеть самой и заразить близких. С началом пандемии коронавируса симптомы обострились, антисептики и перчатки стали верными спутниками Евы. Утро начиналось не с зарядки или чашечки ароматного кофе, а с генеральной уборки дома, при том, что женщина ежедневно работала в государственном учреждении – теперь она вставала на два часа раньше, лишь бы успеть навести совершенную чистоту! Тревога заставляла Еву тщательно, по несколько раз мыть полы, двери, обувь и руки. Это еще больше истощало уставшую женщину. После обработки и очищения окружающего пространства наступал «светлый промежуток», кратковременное облегчение и спокойствие, но затем мысли и навязчивые действия возвращались с новой силой. Пациентка длительное время принимала антидепрессанты и противотревожные препараты, проходила психотерапию, чтобы вернуться к прежней радости и гармонии.

Обсессивно-компульсивное расстройство, пожалуй, можно отнести к хроническим заболеваниям, так как оно имеет длительное течение и трудно поддается лечению. Мне, как врачу, крайне важно донести мысль о том, что своевременная профилактика заболеваний (так называемые превентивные меры) может предотвратить развитие тяжелых расстройств. Известно, что профилактика болезней проходит гораздо легче и обходится дешевле в экономическом плане, нежели лечение запущенных случаев, требующих серьезной медикаментозной поддержки, времени и сил пациента и врача. Я за то, чтобы как можно больше людей начали соблюдать здоровый образ жизни и правильно организовывали не только свою работу, но и полноценный отдых, о котором многие забывают. Уже давно доказано: вероятность наступления невротических расстройств непосредственно связана с уровнем тревожности.

Навязчивые мысли в некоторых ситуациях кратковременно могут присутствовать и в состоянии здорового человека. Такие переживания могут быть очень сильными и, как правило, имеют либо сексуальную, либо иную эмоционально значимую тематику – агрессия, террор, волнения в обществе, переживания за жизнь и здоровье ребенка или близких.

В развитии обсессивно-компульсивного расстройства имеют значение множество факторов: и эмоциональный фон, и генетические предпосылки, и нарушение работы нейромедиаторов головного мозга, стрессовые факторы и многое другое.

Тревога – механизм, заставляющий человека двигаться, сохранять свою жизнь в ситуации опасности. Так было с самого зарождения человечества! Процесс формирования тревоги неспроста был включен в эволюционную цепочку полезных навыков индивидуума. Выживали лишь те, кто умел вовремя распознать угрозу жизни и адекватно среагировать, напасть первым или убежать. В этот момент в организме происходит мощный выброс адреналина и кортизола, высвобождается необходимая энергия для действий.

В современном мире реальность не требует охоты на мамонтов и жесткого выживания в войнах с соседними племенами. Стрессы по своему характеру стали менее интенсивными, но более длительными по времени. Человек, ежедневно пребывающий в тревоге, постепенно и неуклонно приобретает различные хронические заболевания.

Навязчивости были описаны еще в IV веке до н. э., тогда они причислялись к разряду меланхолий. Как определял Гиппократ, для обсессивно-компульсивного расстройства были

характерны «страхи и уныние, существующие продолжительное время».

В Средние века симптомы ОКР объяснялись чрезмерной религиозностью человека, его одержимостью бесами. В 1614 г. Феликс Платер, швейцарский медик эпохи Возрождения, составил первое клиническое описание данного расстройства.

Стоит упомянуть одно из самых известных произведений английской прозы эпохи Барокко – книгу «Анатомия меланхолии», написанную в 1621 г. английским священнослужителем и ученым Робертом Бартоном. В этом огромном сборнике в 900 страниц «философично, исторично, просто и понятно» был описан навязчивый страх смерти. Меланхолия в то время считалась достаточно распространенным заболеванием. Бартон тщательно исследовал ее виды (треть книги посвящена любовной и религиозной меланхолии) и способы лечения этого недуга. Он пытался установить причины меланхолии, описывая примеры из разных областей человеческой деятельности.

Навязчивые сомнения немного позже, в 1660 г., описывали Джереми Тейлор и Джон Мур. В XVII в. их причисляли к «религиозной меланхолии», при этом они стали рассматриваться не как одержимость, считалось, что они возникают из-за чрезмерного посвящения себя Богу.

В XIX в. широкое распространение получил термин «невроз», к которому и причислили навязчивости. *Обсессии* стали отграничивать от бредовых нарушений, а *компульсии* – от импульсивных действий. В научных кругах долгое время велись дискуссии по поводу того, к расстройству какой сферы психики – волевой, интеллектуальной или эмоциональной – в действительности относится обсессивно-компульсивное расстройство.

И.М. Балинский, один из основоположников психиатрии в России, еще в 1858 г. отмечал, что у всех навязчивостей есть общая черта – чуждость сознанию, именно он предложил термин «навязчивое состояние». Представители французской школы психиатрии считали причиной навязчивых состояний нарушение эмоциональной сферы. Немецкие психиатры (В. Гризингер и его ученик Карл-Фридрих-Отто Вестфаль) отмечали отношение обсессивно-компульсивной симптоматики к расстройству процессов мышления.

В конце XIX в. понятие «неврастения» включало в себя обширный перечень различных заболеваний, в том числе и ОКР, которое все еще не считалось отдельным нарушением. В 1905 г. известный французский психиатр и психолог Пьер Мария Феликс Жане выделил этот невроз из неврастении в отдельное заболевание. В своем труде «Обсессии и психастения» Жане обозначил термин «психастения», который впоследствии стал широко применяться в российской и французской психиатрии, и в этом же году наш соотечественник С. А. Суханов систематизировал знания о психастении. Как считал П. Жане, причинами развития данного состояния являются врожденные особенности нервной системы.

В 1910 г. Зигмунд Фрейд рассматривал обсессии и компульсии как симптомы бессознательного, скрытого конфликта, конфронтации. Они связывались им непосредственно с проблемами, возникающими в переходный период от одной стадии психического развития личности к другой (оральная, фекальная, генитальная). Эмиль Крепелин считал симптомы ОКР относящимися к «конституциональным психическим расстройствам», другие ученые – к психопатиям.

На сегодняшний день обсессивно-компульсивное расстройство относят к группе невротических нарушений, которые, в отличие от большинства психических заболеваний, обратимы.

Когда речь заходит о причинах ОКР, огромное значение приобретают генетические факторы. Известно, что люди с тревожными чертами характера в большей степени склонны к возникновению обсессивно-компульсивного расстройства. Учеными доказано, что примерно у 7 % родителей с обсессиями и компульсиями дети также подвержены ОКР. Выявлены определенные изменения в гене 17-й хромосомы, отвечающие за выработку нейромедиатора серотонина в головном мозге. Однако явные клинические проявления ОКР могут и не обнаружиться у человека в течение жизни, даже если, согласно анализам, он к ним чрезвычайно расположен. Возможно, с более глубоким развитием генетического

типирования удастся лучше прояснить генетическую теорию ОКР.

Органические заболевания нервной системы с нарушением структур головного мозга вследствие травм, действия инфекционных или токсических агентов могут служить плодородной почвой для невротических расстройств. Здесь важны и более тонкие изменения на нейромедиаторном уровне. В частности, изменения содержания и выработки серотонина и дофамина, которые приводят к эмоциональным колебаниям, повышению общей тревоги. В пользу нейромедиаторной теории выступают эффективные препараты, используемые в лечении обсессий и компульсий – антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

На данный момент существует теория о прямом влиянии неблагоприятной среды на формирование различных невротических нарушений, в том числе и обсессивно-компульсивного синдрома. Психотравмирующие ситуации в семье, коллективе, строгое воспитание, физическое насилие, сексуальные *перверсии*, стресс – все это может служить мощным толчком к возникновению ОКР у тревожного человека.

Начало заболевания приходится на подростковый или зрелый возраст. Обсессивно-компульсивный синдром характеризуется субъективным ощущением человека – необходимо выполнить определенное действие, сосредоточиться на какой-либо мысли. Эти действия и размышления навязчивы, монотонны, захватывают сознание, подчиняют себе жизнь в целом. Мысли сосредотачиваются на одной конкретной теме, что заметно мешает сконцетрироваться на работе, выполнять домашние дела. Навязчивые действия называются *компульсиями*. С течением времени они превращаются в своеобразные ритуалы.

ЯРКИЙ ПРИМЕР ОКР ИЗОБРАЖЕН В АМЕРИКАНСКОМ ФИЛЬМЕ «АВИАТОР». ГЛАВНЫЙ ГЕРОЙ СТРАДАЕТ ОТ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: МОЕТ РУКИ ПО НЕСКОЛЬКО РАЗ, НАВЯЗЧИВО ПЕРЕСЧИТЫВАЕТ КОЛИЧЕСТВО ГОРОШИНОК ПЕРЦА НА ТАРЕЛКЕ. ЭТИ ДЕЙСТВИЯ ВЫЗВАНЫ ТРЕВОГОЙ, ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ НЕ ПРИНОСИТ ДОЛЖНОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ.

Как правило, человек с обсессивно-компульсивным расстройством критически оценивает происходящее – и понимает, что эти действия чуждые, порой бессмысленные, неуместные или даже совершенно неприемлемые. Внутри человека разворачивается настоящая борьба между частями личности, невыносимыми повторяющимися мыслями и желанием спокойной жизни.

На первом месте среди всех симптомов выделяется тревога. Она обнаруживается в разной степени выраженности у всех пациентов, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством.

Навязчивые мысли называют обсессиями. Они обычно неприятны по содержанию (сексуального, религиозного, агрессивного, насильственного характера), могут быть в виде отдельных слов, фраз, предложений, неоднократно повторяющихся в голове против воли человека. Возникающие образы яркие, живые. Навязчивые размышления и сомнения могут касаться любых действий, совершаемых человеком в повседневной жизни (бытовых, рабочих моментов). Перебираются аргументы за и против обычных, машинально выполняемых здоровыми людьми движений. Сколько раз провернулся ключ в двери? Какой рукой закрыл окно? Сколько шагов до двери подъезда? Эти мысли тягостны и не дают покоя человеку с ОКР.

При некоторых обстоятельствах навязчивые мысли могут усиливаться. Например, если у человека с ОКР есть мысль о причинении себе или кому-то из близких вреда с помощью острых предметов (контрастные навязчивости) – на кухне, где обычно хранятся ножи и вилки, поток мыслей об опасности будет усиливаться. К такому состоянию могут присоединяться фобии, к примеру, страх острых предметов.

Во многих случаях заболевания есть некая связь навязчивостей с числами. Вот так мой пациент, длительно страдающий ОКР, описывает свое состояние: «Я прыгаю по коридору 8 раз на одной ноге в одну сторону до конца линолеума и 8 раз обратно, и так 8 раз. И все в квартире – мама, папа, сестра – должны это делать перед выходом. Иначе мне придется

все повторять заново».

Навязчивые идеи загрязнения выделяются отдельно и называются мизофобией. Причем под загрязняющими веществами понимаются не только земля, моча, кал и другие нечистоты, но и сам страх попадания в организм токсических веществ, мелких острых предметов, микробов, вирусов. Такие обсессии стойки и трудно поддаются лечению.

Компульсии – стереотипные, повторяющиеся действия, выполняемые человеком с целью снижения тревоги. В начале заболевания они простые, но с течением заболевания могут усложняться, приобретая вид некого ритуала. При невыполнении ритуала или невозможности его выполнить человек может исполнять его несколько раз до момента снижения тревоги: например, мыть руки более 20 раз перед каждым приемом пищи. Обычно ритуалы не логичны, и люди, понимая всю абсурдность происходящего, старательно скрывают их от посторонних. Таким образом, обычные сборы на улицу могут затягиваться на несколько часов, пока все необходимые ритуалы не будут выполнены четко и безошибочно.

Самые частые компульсии: мытье рук, навязчивый счет, проверка бытовых приборов, однотипные физические упражнения. Возможны такие компульсивные действия, как тики, частые моргания, пожимание плечами, выкрики слов и звуков. Усиление их происходит при стрессе или чрезмерных психоэмоциональных нагрузках.

В состоянии человека с ОКР часто присутствует и стойкая депрессивная симптоматика и деперсонализация – патологическое ощущение изменения частей тела, их границ, чуждость своей личности, непринятие себя. Могут возникать нарушения сна, частые пробуждения или трудности засыпания из-за навязчивых мыслей.

Интересно, что к данной патологии относятся и навязчивый страх потерять какую-либо вещь, и противоположное состояние – собирательство, накопительство огромного количества ненужных вещей, мусора. В Великобритании даже существуют группы взаимопомощи для таких больных! Одни, страдая накопительством, катастрофически погрязли в мусоре и нуждаются в помощи других пациентов с ОКР, склонных к чрезмерной чистоте. На телеканале TLC создан специальный цикл передач «Помешанные на чистоте», где подробно об этом рассказывается.

ПО ПОСЛЕДНИМ ДАННЫМ, В РОССИИ ЖИВЕТ ОКОЛО 4 МИЛЛИОНОВ ЛЮДЕЙ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ИЗ НИХ НИКОГДА НЕ ОБРАЩАЛАСЬ К ПСИХИАТРУ.

Инна, 35 лет, архитектор: «Собственные ритуалы у меня появились еще в школе, в 14–15 лет. В детстве я часто болела, и поэтому родители в жесткой форме запрещали многое: гулять, сколько захочу, долго мыться в ванной – «вдруг заболеешь!» В каждой комнате стоял обогреватель, чтобы меня «не заморозить». Не было свободы, я не могла ничего выбирать, но тогда я особо не задумывалась над этим. Принимала как данность.

После выпускных экзаменов я почувствовала внутреннее напряжение, стала часто мыть руки. Казалось, что окружающие меня вещи лежат не так, как нужно. Их приходилось перекладывать, тревога снижалась только после того, как предметы будут упорядочены. Друзей у меня не было. Я сильно комплексовала из-за своего высокого роста. В университете учиться мне нравилось, рисовать, чертить – чтобы все было красиво и правильно. После смерти родителей появилась навязчивая мысль – страх заболеть бешенством, свою роль в возникновении этого страха сыграла новость о том, что рядом с домом видели бешеную собаку. Я старалась не выходить лишний раз из дома. Одной жить мне было очень страшно.

Я часто мою руки. Несколько раз тщательно вымыть с мылом оказывается недостаточно, и я повторяю свой ритуал чистоты. Вечером я не ложусь спать, пока 5 раз не проверю замок на двери. Да, я точно закрывала, я помню об этом. Но где-то в теле рождается тревога и начинает меня грызть изнутри. Я часто опаздываю на работу именно из-за своих навязчивых перепроверок дверей, окон, утюга, газа. Даже после тщательной проверки может возникнуть страшная мысль о том, что случится что-то

плохое. Дурацкая, мучительная мысль.

Я никогда не обращалась за медицинской помощью. Старалась справляться сама, и у меня это получалось до этого лета. Но сейчас я поняла, что сил бороться у меня не осталось. Навязчивые мысли и действия стали занимать почти все мое свободное от работы время, я стала часто плакать, жалеть себя, неделями не выходила из дома. На улице я оказывалась только тогда, когда в доме заканчивалась хоть какая-то еда, и надо было идти в магазин. После таких выходов мне морально очень сложно. Несколько часов я трачу на душ и стирку вещей. Это очень утомляет.

Никто из близких и друзей не знает о моем заболевании. Я стараюсь никому не рассказывать о себе, неудобно как-то. Я бы хотела больше поддержки, мне надоело чувствовать себя беспомощной».

Течение обсессивно-компульсивного расстройства может быть разным – единичный приступ длительностью от нескольких недель, несколько приступов ОКР, перемежающихся периодами ремиссии, или же непрерывное течение заболевания с постепенным утяжелением симптоматики.

У мужчин чаще всего наблюдаются контрастные навязчивые мысли сексуального содержания – яркие, образные представления извращенных половых актов с детьми, представителями своего пола, животными. Для женщин более характерны навязчивые переживания о причинении вреда близким людям, своему ребенку.

Нужно понимать, что практически во всех случаях такого рода навязчивостей человек не способен к этим поступкам и никогда не совершит их в реальности.

В течение многих лет обсессивно-компульсивная симптоматика может быть ограниченной и проявляться лишь особенностями личной гигиены: частой сменой нательного белья, ежедневной стиркой одежды, многократным мытьем рук. Домашнее хозяйство при этом может вестись более тщательно – продукты питания очищаются специальными средствами, которых обычно у человека с ОКР неимоверное множество. Несколько раз в день моются полы, кухня и ванная. На уборку может уходить до 12 часов в день! Близкие люди также задействуются в ритуалах чистоты. У домашних могут быть несколько комплектов одежды и обуви, чтобы не загрязнять практически стерильное пространство, которое с таким трудом создавалось больным ОКР.

В некоторых случаях, пациенты приобретают специальные датчики, подсчитывающие количество бактерий на предметах и поверхностях. И пока на экране не появится желанный больным ОКР результат – 0 бактерий – обработка будет продолжаться. Выходы в магазин или в кафе становятся затруднительны (ведь там невозможно проследить за чистотой!), поэтому больные стараются большую часть времени проводить дома и не посещать людные места.

Если ОКР не сильно сказывается на привычном укладе жизни, посторонними людьми навязчивые действия расцениваются как особенности личности, стремление к чистоте или просто брезгливость. Потери трудовой активности в большинстве случаев не происходит, человек все так же ходит на работу и общается с людьми.

Выход на прогулку может составлять огромную проблему для пациента с обсессивно-компульсивным синдромом. Человек надевает закрытую одежду, которую обрабатывает специальными средствами по возвращении домой. С посторонними больные ОКР, как правило, не контактируют, стараются избегать людных мест. На поздних стадиях заболевания человек может перестать выходить из дома и даже из своей комнаты.

Стоит отметить, что среди всех пациентов, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах и получающих помощь психиатра, люди с обсессивно-компульсивными расстройствами составляют лишь 1 %. Это связано с особенностями клинических проявлений и течением заболевания. Большая часть пациентов обращается за медицинской помощью только спустя 7–10 лет от начала болезни, когда симптомы нарастают до такой степени, что справляться с ними в одиночку уже невозможно. Боясь стигматизации при

обращении в специализированные учреждения, больные ОКР длительно не получают должного лечения, тем самым укрепляют негативный стимул реагирования на стресс.

Важными диагностическими критериями ОКР являются повторяющиеся в течение как минимум двух недель неприятные мысли (обсессии) и действия (компульсии), которые ухудшают качество жизни человека, нарушают его привычный уклад.

Обсессивные мысли, как правило, сопровождаются тревогой. Они неприятны, чужды, иррациональны для самого человека, а борьба с ними не приносит успеха. Компульсивные действия направлены на избавление от гнетущих переживаний и нарастающей тревоги. Для постановки диагноза ОКР обсессии и компульсии должны длиться не менее 1 часа в день или приводить к сложностям в социуме.

Алина, 45 лет, учитель: «Навязчивости возникли у меня не так давно, около года назад. С самого детства я была тревожным человеком, очень ответственно подходила к учебе, старалась все в жизни делать «как надо». Родителей я очень любила и уважала. Мама редко со мной разговаривала, по большей части молчала, а вот с папой у нас была прочная эмоциональная связь. Он был директором школы, в своей профессии я пошла по его стопам.

Последний год был очень тяжелым для меня. Я осталась с жизнью один на один. Близкие люди ушли, а их место заполнил страх. Я стала бояться заболеть СПИДом, заразить окружающих ВИЧ. На протяжении года 2 раза в месяц я сдавала анализы, но это приносило лишь временное облегчение. Уходя на работу, я 3 раза мыла с дезинфицирующим средством всю квартиру, обувь. Я понимала, что со мной что-то происходит. И это было невыносимо.

От отчаянья я звонила посреди ночи в «скорую», в телефоны доверия, чтобы получить помощь. Коллеги как будто отдалились от меня, с некоторыми мы начали конфликтовать. Домой после работы я стала ходить долго, каждые десять шагов останавливалась и вытирала обувь влажной салфеткой. В такие моменты я чувствовала себя очень неловко, в голове проносились мысли: «вдруг кто-то увидит. Что другие обо мне подумают… Совсем сумасшедшая».

Вечерами я вспоминала недавние события своей жизни, думала, как можно было поступить иначе. Такие мысли, как я потом заметила, отнимают много сил и энергии, радость жизни уходит, как песок сквозь пальцы. В голове туман и неразбериха, трудно сосредоточиться на каком-то деле. Чувство вины и стыда за свое состояние не покидают меня. Внутри стойкое ощущение: «со мной точно что-то не так».

Важно дифференцировать ОКР с другими заболеваниями, при которых возможна обсессивно-компульсивная симптоматика. В первую очередь, разграничивать ОКР необходимо с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), фобическим и паническим расстройствами. Опытный специалист, врач-психиатр, при тщательном сборе анамнеза и обследовании психических функций без труда поставит верный диагноз.

ВАЖНО! ПРИ УСИЛЕНИИ СИМПТОМОВ ОБСЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ МОЖЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА. САМИ ПО СЕБЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ТАКЖЕ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ОБСЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ. В ТАКОМ СЛУЧАЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ И РЕДУКЦИЯ СИМПТОМОВ НАСТУПАЮТ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ.

Различать ОКР следует и с шизофренией и шизотипическим расстройством личности. При этих заболеваниях навязчивые мысли вычурны и необычны по содержанию, компульсивные действия доведены до крайней степени. Вялотекущая шизофрения нередко сопровождается обсессивно-компульсивным расстройством.

При органических расстройствах личности в отдаленных периодах возможны обсессии и компульсии. Нарушения ЦНС, центральной нервной системы, часто возникают после действия воспалительных инфекционных агентов, например, после энцефалита или сифилиса. ОКР с компульсиями в виде тиков и вокализмов (непроизвольное выкрикивание

звуков и слов) нужно отличать от синдрома Жиль де ла Туретта, генетического неврологического заболевания. Болезнь Туретта характеризуется множественными тиками – двигательными (моторными) и голосовыми (вокальными), которые наблюдаются у пациента много раз в течение дня, почти каждый день и имеют длительность более года. Начинается данное расстройство, как правило, в возрасте до 18 лет, преимущественно у мальчиков (в 3 раза чаще, чем у девочек). Несмотря на то, что болезнь Жиль де ла Туретта встречается достаточно редко (3–5 случаев на 10 000 человек), у меня была практика лечения нескольких таких пациентов. Один из них, Глеб, совсем молодой парень 19 лет, часто и громко выкрикивал бранные слова, отдельные звуки, непроизвольно кивал головой. Эти проявления он контролировать не мог.

Для диагностики и выбора тактики лечения обсессивно-компульсивного синдрома используется специальная шкала Йеля – Брауна. Методика проста и не требует значительного количества времени. В тесте 10 вопросов: 5 для выявления обсессий и 5 для выявления компульсий. ОКР может быть легкой, средней, тяжелой и крайне тяжелой степеней.

Терапия обсессивно-компульсивного расстройства – длительная и комплексная. Заметный положительный эффект наблюдается от когнитивно-поведенческой психотерапии. В ходе работы улучшается способность сопротивляться навязчивым мыслям, упрощаются совершаемые больным ритуальные действия. Среди медикаментозных средств широко применяются антидепрессивные препараты, *анксиолитики* (короткими курсами в небольших дозировках). При стойкой обсессивно-компульсивной симптоматике могут быть эффективны небольшие дозировки атипичных нейролептиков.

При тяжелом обсессивно-компульсивном расстройстве и длительном отсутствии положительного эффекта от медикаментозных и психотерапевтических методов возможно проведение *психохирургических операций*, после которых отмечаются значительные улучшения состояния.

Во второй половине жизни у больных ОКР нередко наступает ремиссия и восстановление социальной адаптации. Длительность – от нескольких месяцев до нескольких лет.

Более тяжелые случаи обсессивно-компульсивного расстройства со сложной, многогранной симптоматикой – страх заражения, загрязнения – контрастные представления могут оказаться резистентными, т. е. нечувствительными к лечению, склонными к обострениям. Важно помнить, что стрессовые и психотравмирующие ситуации в жизни могут повлиять на выздоровление негативным образом.

Рекомендации по профилактике ОКР

Среди профилактических мер обсессивно-компульсивного расстройства можно отметить снижение уровня стресса в повседневной жизни, предупреждение психотравмирующих ситуаций, нормализацию отношений в семье.

Наш микро- и макросоциум порой пагубно воздействует на психику, особенно это касается подростков, организм которых еще не до конца сформировался и окреп. Важно правильно распределять нагрузку, чередовать психическую и физическую активность, ограничивать просмотр телевизора и интернета, наладить режим сна и бодрствования.

В любом возрасте важны полноценное питание с необходимым количеством нутриентов, круглогодичное поступление в организм витаминов и микроэлементов, удлинение пребывания на солнце и свежем воздухе, профилактика и своевременное лечение соматических заболеваний.

Если навязчивые мысли и действия продолжаются в течение 2 недель, нарушают привычный уклад жизни, необходимо обратиться к врачу-психиатру по месту проживания. Квалифицированный специалист оценит ваше состояние и, при выявлении соответствующей

симптоматики, назначит лечение.

При неоднократно повторяющихся эпизодах обсессивно-компульсивного расстройства не стоит пренебрегать стационарным лечением в отделениях неврозов, где есть возможность более тщательно подобрать лекарства и оценить их эффект, а также пройти курс психотерапии.

Помните, самолечение может только усугубить плохое самочувствие и сформировать резистентность симптоматики к терапии. При обнаружении у себя симптомов ОКР необходимо стремиться к сохранению прежнего уровня социализации, трудовой активности и привычного круга общения, качества и комфорта жизни в целом. Невротические расстройства, к группе которых относится ОКР, считаются обратимыми. Пациент, совместно с врачом, в силах достигнуть снижения тревоги и частоты навязчивостей, наступления длительной ремиссии и выздоровления.

Благодарности

Хочу сказать огромное СПАСИБО моим родным и друзьям за моральную поддержку в написании книги! Моя семья – муж Дмитрий, сын Алексей, родители Любовь и Анатолий, брат Игорь – придавала мне невероятное количество сил, постоянно подпитывала мою мотивацию в работе и творчестве.

Благодарю сотрудников издательства «ЭКСМО» за помощь в создании этой книги и за вашу веру в меня!